

XI LECCIONES EN SALUD COMUNITARIA Y HOSPITALARIA



Ciencia
Sanitaria.es



SOCIFOSA
Sociedad Científica
Española de
Formación Sanitaria
Socifosa.es

XI Lecciones en Salud Comunitaria y Hospitalaria



Ciencia
Sanitaria.es



SOCIFOSA
Sociedad Científica
Española de
Formación Sanitaria

XI Lecciones en Salud Comunitaria y Hospitalaria

Fecha de publicación: 25 de octubre de 2023

1ª Edición

© CienciaSanitaria.es, 2020

© De los textos: sus autores

Reservados todos los derechos. No se permite la reproducción total o parcial de esta obra, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio (electrónico, mecánico, fotocopia, grabación u otros) sin autorización previa y por escrito de los titulares del copyright. La infracción de dichos derechos puede constituir un delito contra la propiedad intelectual.

Todos los autores han asegurado a CienciaSanitaria.es cumplir con la Ley de Propiedad Intelectual y Derechos de Autor. El contenido de esta publicación se presenta como un servicio a las profesiones sanitarias, reflejando las opiniones, investigaciones, textos, ilustraciones e iconografía propios de los autores y facilitados por ellos mismos bajo su exclusiva responsabilidad; no asumiendo CienciaSanitaria.es ni SOCIFOSA ninguna responsabilidad derivada de la inclusión de las mismas en dicha obra. El libro no sienta bases terapéuticas ni algoritmos diagnósticos que se deban de seguir en la práctica clínica sin cotejar con el resto de la bibliografía científica existente.

ISBN: 978-84-19560-96-4

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

Producción editorial e impresión: CienciaSanitaria.es.

Índice

1	PENFIGOIDE OCULAR Y LOS NUEVOS FÁRMACOS INHIBIDORES CHECKPOINTS DEL SISTEMA INMUNOLÓGICO VANESA RIVERO GUTIERREZ	1
2	PROTOCOLO SUEROTERAPIA PARA PACIENTES QUIRÚRGICOS ROCÍO FORNEIRO PÉREZ Y CELIA CABRERO RODRÍGUEZ	7
3	METÁSTASIS PULMONARES DEL CÁNCER COLORRECTAL CELIA CABRERO RODRÍGUEZ Y ROCÍO FORNEIRO PÉREZ	11
4	FARINGOAMIGDALITIS: REVISIÓN DE LA ENFERMEDAD, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ELIZABETH PATRICIA XICOTENCATL SOTO	15
5	MANEJO, AISLAMIENTO Y PLAN DE CUIDADOS DE GESTANTE INFECTADA POR COVID-19 EN UNA UNIDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO CRISTINA MEDINA MAROTO, ANA GARCIA LUCAS, MARÍA DOLORES VALENZUELA GARRIDO, LORENA GOMEZ ESCOBAR Y LAURA VELÁZQUEZ RUIZ	25
6	LA RELACIÓN ENTRE EL TRASTORNO BIPOLAR Y EL INSOMNIO: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA CRISTINA MEDINA MAROTO, ANA GARCIA LUCAS, MARÍA DOLORES VALENZUELA GARRIDO, LORENA GOMEZ ESCOBAR Y LAURA VELÁZQUEZ RUIZ	35
7	MANEJO DE LA DIARREA POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA. ANDREA NATAL FUERTES	47

8	EL ROL DE LA ENFERMERA EN LA PRESTACION DE AYUDA PARA MORIR	
	ANA MARIA PEREZ INFANTE	51
9	TERAPIA NO FARMACOLÓGICA EN PACIENTES CON DEMENCIA	
	ANA GARCIA LUCAS, MARÍA DOLORES VALENZUELA GARRIDO, LORENA GOMEZ ESCOBAR, CRISTINA MEDINA MAROTO Y LAURA VELÁZQUEZ RUIZ	55
10	RECOGIDA DE SANGRE OCULTA EN HECES POR PERSONAL DE ENFERMERÍA	
	ANA M ^a PÉREZ MIER	65
11	BENEFICIOS DEL VENDAJE MULTICAPA EN EL TRATAMIENTO DE UNA ULCERA VENOSA	
	VICTORIA CARLOTA LOSADA RIESGO	69
12	IMPORTANCIA DE LA ENFERMERA EN LA HIGIENE DEL PACIENTE ENCAMADO	
	ANDREA NATAL FUERTES	73
13	PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES INGRESADOS	
	ANA M ^a PÉREZ MIER	77
14	NUTRICIÓN ENTERAL Y COLOCACIÓN DE SONDA NASOGÁSTRICA EN ENFERMERÍA	
	ANDREA NATAL FUERTES	81
15	SUTURAS: TIPOS Y TÉCNICA	
	ESTHER CAMPA MENENDEZ	85
16	LA ENTREVISTA EN ENFERMERÍA	
	ANA M ^a PÉREZ MIER	89
17	ENFERMERÍA EN EL MANEJO Y TRATAMIENTO DE NEONATOS CON SÍNDROME DE ABSTINENCIA	
	CARMEN BARBA SANCHEZ, MARÍA ESCRIBANO LÓPEZ, MARÍA PINTO RODRIGO, PABLO ALAÑÓN VISO Y JESUS BARBA CARMONA	93

18 ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES ANTE LOS PACIENTES CON HIPOTERMIA	
CARMEN BARBA SANCHEZ, MARÍA ESCRIBANO LÓPEZ, MARÍA PINTO RODRIGO, PABLO ALAÑÓN VISO Y JESUS BARBA CARMONA	99
19 ENFERMERÍA EN LAS NECESIDADES DEL PACIENTE CON ABERTURA ABDOMINAL EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	
MARÍA ESCRIBANO LÓPEZ, MARÍA PINTO RODRIGO, PABLO ALAÑÓN VISO, JESUS BARBA CARMONA Y CARMEN BARBA SANCHEZ	103
20 DIABETES MELLITUS TIPO II	
DELFINA PERAL MIER	107
21 EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES AGUDAS DE LA DIABETES MELLITUS	
MAYRA FERNANDEZ MENENDEZ	111
22 MÁXIMA EXPRESIÓN DEL PIE DIABETICO: PIE DE CHARCOT	
MARIA LOPEZ CHAVARRIA, RAÚL YELA SÁNCHEZ, PILAR GONZÁLEZ SÁNCHEZ, BEATRIZ PEREZ SANCHEZ Y CRISTINA VON MUNTHE AF MORGENSTIERNE RAMÍREZ	117
23 TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA PARA LA CURA DE HERIDAS COMPLEJAS	
MARIA LOPEZ CHAVARRIA, PILAR GONZÁLEZ SÁNCHEZ, BEATRIZ PEREZ SANCHEZ, CRISTINA VON MUNTHE AF MORGENSTIERNE RAMÍREZ Y RAÚL YELA SÁNCHEZ	123
24 INTERVENCIONES Y MEDIDAS PREVENTIVAS QUE DEBE ADOPTAR LA ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON HIPERTENSIÓN	
ANA ISABEL CANTOS APARICIO, MARIA E. AGUILAR RICO, MIRIAM SORIA GIL, MARIA ESTER SANCHEZ ROMER Y AZUCENA DEL OLMO MARTINEZ	129
25 CONOCIENDO LA DIABETES INSÍPIDA.	
ALICIA MAYORAL ALMENARA, SILVIA MÁXIMO CABANILLAS, MARIA DOLORES AVILES SEVILLA, MARIA DEL CARMEN BERZOSA GONZÁLEZ Y MARIA DEL SEÑOR QUINTANILLA ORTIZ	133

26 MALTRATO INFANTIL.	
PILAR GONZÁLEZ SÁNCHEZ, MARIA LOPEZ CHAVARRIA, CRISTINA VON MUNTHE AF MORGENSTIERNE RAMÍREZ, RAÚL YELA SÁNCHEZ Y BEATRIZ PEREZ SANCHEZ	139
27 MANEJO DEL DELIRIO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS	
MARIA DEL CARMEN SÁNCHEZ - ORO NIETO, LUCIA ACEITUNO RUIZ Y TAMARA GARCÍA FERNÁNDEZ	143
28 ENFERMERÍA ANTE LOS LOS TRANSPLANTES A LOS PACIENTES Y SUS COMPLICACIONES	
MARÍA CAMACHO SÁNCHEZ, CECILIA HERNANDO MARÍN, PATRICIA FERNÁNDEZ DEL HOYO, TANIA CARRION Y MARINA HERNANDO MARÍN	147
29 ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES CON LOS BEBÉS QUE NACEN DE MADRES CON PROBLEMAS DE DROGAS	
MARÍA CAMACHO SÁNCHEZ, CECILIA HERNANDO MARÍN, PATRICIA FERNÁNDEZ DEL HOYO, TANIA CARRION Y MARINA HERNANDO MARÍN	151
30 ENFERMERIA Y LOS PACIENTES CON LA ENCEFALOPATÍA DE SÍNDROME NEUROLÓGICO.	
PATRICIA FERNÁNDEZ DEL HOYO, TANIA CARRION, MARINA HERNANDO MARÍN, MARÍA CAMACHO SÁNCHEZ Y CECILIA HERNANDO MARÍN	157
31 PREVENCIÓN Y VALORACION DEL PIE DIABÉTICO EN ENFERMERÍA	
MARIA DONDARZA DIAZ, FRANCISCO JAVIER MUÑOZ GARCIA, JAVIER PEÑALVER ALVARO Y EVA DIEZMA FERNÁNDEZ	161
32 EJERCICIO FISICO Y DIABETES TIPO 2.	
MARIA DONDARZA DIAZ, FRANCISCO JAVIER MUÑOZ GARCIA, JAVIER PEÑALVER ALVARO Y EVA DIEZMA FERNÁNDEZ	165
33 LA ENFERMERA COMO ENLACE ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA	
MARIA DONDARZA DIAZ, FRANCISCO JAVIER MUÑOZ GARCIA, EVA DIEZMA FERNÁNDEZ Y JAVIER PEÑALVER ALVARO	169

34 CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES SOMETIDAS A CESÁREA	
RUBÉN PLANAS CALLES, MIGUEL ÁNGEL RUEDA MONTIEL, MARTA MOYA GRIFO, OLGA PÉREZ SILES Y AINHOA RUIZ MILLAN	173
35 LA PUBERTAD EN NIÑOS EN LA ACTUALIDAD Y EL PAPEL DE ENFERMERÍA	
RUBÉN PLANAS CALLES, MIGUEL ÁNGEL RUEDA MONTIEL, MARTA MOYA GRIFO, OLGA PÉREZ SILES Y AINHOA RUIZ MILLAN	179
36 PACIENTE CON EL ABDOMEN ABIERTO Y LAS FUNCIONES DE ENFERMERÍA DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)	
MARTA MOYA GRIFO, OLGA PÉREZ SILES, AINHOA RUIZ MILLAN, RUBÉN PLANAS CALLES Y MIGUEL ÁNGEL RUEDA MONTIEL	183
37 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN	
ELENA MOROTE CUMPLIDO, ANA ISABEL ALMENA FRANCO, MARÍA DEL CARMEN CÁMARA SEVILLA, MARÍA GEMA ORTIZ CAÑAMARES Y M. PILAR NOVALBOS GOMEZ	187
38 CONSULTA DE ENFERMERÍA: CÓLICO DEL LACTANTE	
ELENA MOROTE CUMPLIDO, ANA ISABEL ALMENA FRANCO, MARÍA DEL CARMEN CÁMARA SEVILLA, MARÍA GEMA ORTIZ CAÑAMARES Y M. PILAR NOVALBOS GOMEZ	193
39 LA INFLUENCIA DE LA ALIMENTACIÓN EN LA DISMENORREA PRIMARIA: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	
NOEMÍ GARCÍA MUÑOZ	199
40 CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA	
MARIA E. AGUILAR RICO, ANA ISABEL CANTOS APARICIO, MIRIAM SORIA GIL, AZUCENA DEL OLMO MARTINEZ Y MARIA ESTER SANCHEZ ROMER	207

41	LOS CÓLICOS DEL LACTANTE. LOS CUIDADOS Y TRATAMIENTOS DE LA ENFERMERA EN ATENCIÓN PRIMARIA. IRENE DE MORA MARTÍN-FORERO, CECILIA NUÑEZ GARRIDO, BLANCA SANZ CAMACHO, INES REDONDO ALVAREZ Y SILVIA LORENZO MARTIN	213
42	APÓSITOS PARA ÚLCERAS POR PRESIÓN MONICA VIVAR GALÁN	217
43	CASO CLÍNICO: PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA MONICA VIVAR GALÁN	221
44	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES OSTOMIZADOS ANA NIETO CARRETERO Y MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ PINA	225
45	ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON VIH ELENA MOROTE CUMPLIDO, ANA ISABEL ALMENA FRANCO, MARÍA DEL CARMEN CÁMARA SEVILLA, MARÍA GEMA ORTIZ CAÑAMARES Y M. PILAR NOVALBOS GOMEZ	231
46	RIESGO CARDIOVASCULAR: FACTORES DE RIESGO Y CÁLCULO DEL MISMO ZULEMA DIAZ RUIZ	237
47	INTOXICACIONES AGUDAS QUE PRECISAN EL SERVICIO DE URGENCIAS O INGRESO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) MARTA ALONSO GONZÁLEZ	243
48	ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTE LA LESIÓN MEDULAR: UN PROYECTO OBSERVACIONAL MARTA ALONSO GONZÁLEZ	249
49	LA LESIÓN MEDULAR EN SITUACIONES DE EMERGENCIA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA MARTA ALONSO GONZÁLEZ	253
50	AUTOEXPLORACIÓN MAMARIA ERIKA RAMOS GARCIA Y ZULEMA DIAZ RUIZ	263

51 LA NEFROSTOMÍA PERCUTÁNEA Y EL TRABAJO DE LA ENFERMERA HOSPITALARIA	
IRENE DE MORA MARTÍN-FORERO, CECILIA NUÑEZ GARRIDO, BLANCA SANZ CAMACHO, INES REDONDO ALVAREZ Y SILVIA LORENZO MARTIN	269
52 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UN ESTATUS CONVULSIVO	
ELENA BUENDÍA ORTIZ, KATHERINE MISHHELL GUAMAN SINCHIGUANO, PAULA MARTÍNEZ YEGUAS, ITZIAR SAIZ MARZAL Y ANA PARDO FERNANDEZ	275
53 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON HIPERTENSIÓN	
ELENA BUENDÍA ORTIZ, KATHERINE MISHHELL GUAMAN SINCHIGUANO, PAULA MARTÍNEZ YEGUAS, ITZIAR SAIZ MARZAL Y ANA PARDO FERNANDEZ	279
54 CUIDADOS A PACIENTES CON TUBERCULOSIS POR LA ENFERMERÍA	
KATHERINE MISHHELL GUAMAN SINCHIGUANO, ELENA BUENDÍA ORTIZ, PAULA MARTÍNEZ YEGUAS, ITZIAR SAIZ MARZAL Y ANA PARDO FERNANDEZ	283
55 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN TRIAJE DE URGENCIAS HOSPITALARIAS	
KATHERINE MISHHELL GUAMAN SINCHIGUANO, ELENA BUENDÍA ORTIZ, PAULA MARTÍNEZ YEGUAS, ITZIAR SAIZ MARZAL Y ANA PARDO FERNANDEZ	289
56 EMBARAZO Y CORONAVIRUS (COVID-19)	
VANESA RUBIO GARCIA	295
57 INSUFICIENCIA CARDÍACA RESUELTA EN PACIENTE DE 91 AÑOS	
ANA JOAQUINA SUÁREZ FERNÁNDEZ	299
58 PREVENCIÓN DE LESIONES MEDULARES DE ORIGEN TRAUMÁTICO	
LUCÍA MARRA MORALES, MARINA GÓMEZ ALONSO, CARLOS GARCÍA ABADILLO LARA, CARLOS LARRAÑETA ESPADAS Y GLORIA MORA ALCÁZAR	303

59 EL PAPEL DEL ENFERMERO EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON SHOCK ANAFILÁCTICO	
LUCÍA MARRA MORALES, MARINA GÓMEZ ALONSO, CARLOS GARCÍA ABADILLO LARA, CARLOS LARRAÑETA ESPADAS Y GLORIA MORA ALCÁZAR	307
60 FUNCIONES DEL ENFERMERO EN LOS ACCESOS VASCULARES DE PACIENTES ONCOLÓGICOS	
LUCÍA MARRA MORALES, MARINA GÓMEZ ALONSO, CARLOS GARCÍA ABADILLO LARA, CARLOS LARRAÑETA ESPADAS Y GLORIA MORA ALCÁZAR	311
61 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y SUS CUIDADOS ANTE UN PACIENTE QUE PORTA DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO	
MARIA JOSE MARIN SANCHÁ, MARTA TENDERO RUIZ, JESÚS RUIZ CIFUENTES, ANA ISABEL MOLINA CLEMOT Y BLANCA CEBRIÁN SÁNCHEZ	317
62 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES EN LA INTUBACIÓN DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	
MARIA JOSE MARIN SANCHÁ, MARTA TENDERO RUIZ, JESÚS RUIZ CIFUENTES, ANA ISABEL MOLINA CLEMOT Y BLANCA CEBRIÁN SÁNCHEZ	321
63 LLENADO DE LOS TUBOS DE SANGRE POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA	
MARIA JOSE MARIN SANCHÁ, MARTA TENDERO RUIZ, BLANCA CEBRIÁN SÁNCHEZ, ANA ISABEL MOLINA CLEMOT Y JESÚS RUIZ CIFUENTES	325
64 ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER	
MILAGROS HONRUBIA PÉREZ, ALMUDENA TORRES ATIENZAR, IKER AÑIBARRO ARRIETA, MARINA SAN ROMÁN ARRILLAGA Y ALBA MARIA ARENAS BURRIEL	329

65	ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON DIABETES MILAGROS HONRUBIA PÉREZ, ALMUDENA TORRES ATIENZAR, IKER AÑIBARRO ARRIETA, MARINA SAN ROMÁN ARRILLAGA Y ALBA MARIA ARENAS BURRIEL	333
66	LA IMPORTANCIA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA MILAGROS HONRUBIA PÉREZ, ALMUDENA TORRES ATIENZAR, IKER AÑIBARRO ARRIETA, MARINA SAN ROMÁN ARRILLAGA Y ALBA MARIA ARENAS BURRIEL	337
67	CESÁREA EN SECUNDIGESTA DE 39 + 1 SEMANAS. ANA JOAQUINA SUÁREZ FERNÁNDEZ	341
68	LAS FUNCIONES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS. SILVIA MARIA MARTIN-GRANDE MORALES, MARÍA GONZALO LÓPEZ, CLARA MARÍA MENCHÉN VELÁZQUEZ, ANA MARÍA HERNANDO SERRANO Y MIRIAM CERVANTES NAVARRO	345
69	ENFERMERÍA Y SUS CUIDADOS ANTE PACIENTE ANTICOAGULADO. SILVIA MARIA MARTIN-GRANDE MORALES, MARÍA GONZALO LÓPEZ, CLARA MARÍA MENCHÉN VELÁZQUEZ, ANA MARÍA HERNANDO SERRANO Y MIRIAM CERVANTES NAVARRO	349
70	ENFERMERÍA EN EL USO DE ASPIRINAS Y EL SÍNDROME DE REYE. SILVIA MARIA MARTIN-GRANDE MORALES, MARÍA GONZALO LÓPEZ, CLARA MARÍA MENCHÉN VELÁZQUEZ, ANA MARÍA HERNANDO SERRANO Y MIRIAM CERVANTES NAVARRO	353
71	TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LAS LESIONES OCASIONADAS POR PRESIÓN MANTENIDA VIRGINIA ANGULO RODRIGUEZ, ANA MARÍA HERRERA LÓPEZ, MARIA DEL CARMEN OLIVARES GÓMEZ, MARI CARMEN TABASCO URDA Y ALBA PUNZÓN CAÑADILLA	357

72 EL PACIENTE CON TUBERCULOSIS Y LA ENFERMERA CELIA ARAGÓN JUNQUERA, CRISTINA GONZÁLEZ GARCÍA, CRISTINA LOZANO SÁNCHEZ, LORENZO ORTEGA NOBLEJAS Y MARIA TERESA RODRIGUEZ MARTIN	361
73 LA ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS AL PACIENTE QUIRÚRGICO CON ANSIEDAD CELIA ARAGÓN JUNQUERA, CRISTINA GONZÁLEZ GARCÍA, CRISTINA LOZANO SÁNCHEZ, MARIA TERESA RODRIGUEZ MARTIN Y LORENZO ORTEGA NOBLEJAS	365
74 EL PAPEL DE LA ENFERMERA ANTE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN CELIA ARAGÓN JUNQUERA, CRISTINA GONZÁLEZ GARCÍA, MARIA TERESA RODRIGUEZ MARTIN, CRISTINA LOZANO SÁNCHEZ Y LORENZO ORTEGA NOBLEJAS	369
75 EL EQUIPO DE ENFERMERÍA ANTE EL ICTUS. SILVIA RASINES AGUILAR, MARTA MORENO CANALES, MARÍA DEL PRADO RAMÍREZ REINA, MIRIAM ANGULO QUINTANAR Y SARA RODRIGUEZ ARENAS	373
76 EL EQUIPO DE ENFERMERÍA ANTE EL ENFERMO INGRESADO POR INTOXICACIÓN ETÍLICA. SILVIA RASINES AGUILAR, MARTA MORENO CANALES, MARÍA DEL PRADO RAMÍREZ REINA, MIRIAM ANGULO QUINTANAR Y SARA RODRIGUEZ ARENAS	377
77 EL EQUIPO DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA SILVIA RASINES AGUILAR, MARTA MORENO CANALES, MARÍA DEL PRADO RAMÍREZ REINA, MIRIAM ANGULO QUINTANAR Y SARA RODRIGUEZ ARENAS	381
78 ENFERMERÍA Y EL ESTADO EMOCIONAL DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS LAURA NAVARRO HERRADOR, BEATRIZ LOPEZ COBOS, ESTHER PILAR GARCIA LEÓN, BEGOÑA CHÁVARRI MENA Y MIRIAM ROSILLO MUÑOZ	385

79 ENFERMERÍA ANTE EL DESARROLLO CON LOS PACIENTES CON HIPOTERMIA DESPUÉS DE FALLO CARDIACO LAURA NAVARRO HERRADOR, BEATRIZ LOPEZ COBOS, ESTHER PILAR GARCIA LEÓN, BEGOÑA CHÁVARRI MENA Y MIRIAM ROSILLO MUÑOZ	391
80 ENFERMERÍA Y SU APORTACION EN LOS PACIENTES CON EL DOLOR ONCOLÓGICO LAURA NAVARRO HERRADOR, BEATRIZ LOPEZ COBOS, ESTHER PILAR GARCIA LEÓN, BEGOÑA CHÁVARRI MENA Y MIRIAM ROSILLO MUÑOZ	395
81 ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE QUE SUFRE UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CAROLINA SOLANA ROMERO, ÁNGEL OROZCO FAJARDO, ANA MARÍA VIVAR RODRÍGUEZ, AROA MARÍA ÁLVAREZ BERRAL Y JOSE ANTONIO NUÑEZ MORENO	399
82 ENFERMERÍA EN LA INTOXICACIÓN POR SETAS CAROLINA SOLANA ROMERO, ÁNGEL OROZCO FAJARDO, ANA MARÍA VIVAR RODRÍGUEZ, AROA MARÍA ÁLVAREZ BERRAL Y JOSE ANTONIO NUÑEZ MORENO	403
83 ENFERMERÍA EN LA CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS CAROLINA SOLANA ROMERO, ÁNGEL OROZCO FAJARDO, ANA MARÍA VIVAR RODRÍGUEZ, AROA MARÍA ÁLVAREZ BERRAL Y JOSE ANTONIO NUÑEZ MORENO	409
84 CUIDADOS PALIATIVOS. LA IMPORTANCIA DE UNA BUENA ATENCIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE PALIATIVO Y SU ENTORNO EN EL DOMICILIO LUCIA FIDALGO MIGOYA, EMMA PÉREZ GUTIÉRREZ, JAVIER SUÁREZ GONZÁLEZ Y MATILDE CONSUELO SÁNCHEZ MONDÉJAR	415
85 EL TRABAJO DE LA ENFERMERA EN LA UNIDAD DEL DOLOR VICENTE JAVIER MAZARRO BERMEJO, ELISA ARANDA FUENTES, ALBA PINTADO DIAZ-BENITO, ESTEFANIA DE LA TORRE JIMENEZ Y MARÍA VICTORIA ROMERO LIRIO	419

- 86 FUNCIONES DE LA ENFERMERA EN LA UNIDAD DE ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR**
VICENTE JAVIER MAZARRO BERMEJO, ELISA ARANDA FUENTES,
ALBA PINTADO DIAZ-BENITO, ESTEFANIA DE LA TORRE JIMENEZ
Y MARÍA VICTORIA ROMERO LIRIO 423
- 87 FUNCIONES DE LA ENFERMERA EN LA UNIDAD DE DIÁLISIS**
VICENTE JAVIER MAZARRO BERMEJO, ELISA ARANDA FUENTES,
ALBA PINTADO DIAZ-BENITO, ESTEFANIA DE LA TORRE JIMENEZ
Y MARÍA VICTORIA ROMERO LIRIO 427
- 88 PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA NUTRICIÓN Y LA DIETOTERAPIA**
ALBA MARIA MELCHOR TORRES, LOURDES ROMERO RAMIREZ,
SHEILA VAQUERO ANDALUZ Y MONICA PINEY PRIETO 431
- 89 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON DISPEPSIA**
DAVID SÁNCHEZ GARCÍA, GUILLERMO GARCÍA AGUILAR, TERESA
MARIA VAZQUEZ CATALAN, CARMEN GARCIA RODRIGUEZ Y
SARA ESCOBAR MARTÍNEZ 445
- 90 COMUNICACIÓN EN ENFERMERÍA: UN ENFOQUE EN LA
TELEMEDICINA Y LA E-SALUD**
DAVID SÁNCHEZ GARCÍA, GUILLERMO GARCÍA AGUILAR, TERESA
MARIA VAZQUEZ CATALAN, CARMEN GARCIA RODRIGUEZ Y
SARA ESCOBAR MARTÍNEZ 451
- 91 ENFERMERÍA Y LOS INJERTOS EN LAS HERIDAS EN PACIENTES**
DAVID SÁNCHEZ GARCÍA, GUILLERMO GARCÍA AGUILAR, TERESA
MARIA VAZQUEZ CATALAN, CARMEN GARCIA RODRIGUEZ Y
SARA ESCOBAR MARTÍNEZ 457
- 92 EFECTOS DEL CONSUMO DEL TABACO DURANTE EL EMBARAZO.**
ALEJANDRA RAMÍREZ COLLADO, MARTA LÓPEZ GARCÍA Y LUCÍA
LÓPEZ GARCÍA 461

93	EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LAS CONTENCIÓNES MECÁNICAS COMO RECURSO ANTE UN PACIENTE AGITADO. MARGARITA CARRASCO BLASCO, MARIA DEL ROSARIO LADERO PACHECO, PATRICIA ÁLVAREZ GÓMEZ, CORAL SANCHEZ SANCHEZ Y IRENE CAMINO LOZANO	465
94	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA LIMPIEZA DE APARATOS Y CARROS DE CURAS MARGARITA CARRASCO BLASCO, MARIA DEL ROSARIO LADERO PACHECO, PATRICIA ÁLVAREZ GÓMEZ, CORAL SANCHEZ SANCHEZ Y IRENE CAMINO LOZANO	469
95	ENFERMERIA Y LOS PACIENTES CON LIQUEN ESCLEROSO ES UNA DERMATOSIS INFLAMATORIA MARTA CALDERÓN JIMÉNEZ, NIEVES FERNÁNDEZ TORRES, DANIEL MIGUEL FERNÁNDEZ-ROLDAN, NATALIA FERNANDEZ RAMIREZ Y PATRICIA MARÍA SÁNCHEZ MARTÍN	473
96	ENFERMERÍA Y LA INTOXICACIÓN ACCIDENTAL POR PARACETAMOL EN NIÑO DE 3 AÑOS MARTA CALDERÓN JIMÉNEZ, NIEVES FERNÁNDEZ TORRES, DANIEL MIGUEL FERNÁNDEZ-ROLDAN, NATALIA FERNANDEZ RAMIREZ Y PATRICIA MARÍA SÁNCHEZ MARTÍN	479
97	ENFERMERIA Y PACIENTE CON CORIOCARCINOMA TRAS GESTACIÓN INTRAUTERINA A TÉRMINO. MARTA CALDERÓN JIMÉNEZ, NIEVES FERNÁNDEZ TORRES, DANIEL MIGUEL FERNÁNDEZ-ROLDAN, NATALIA FERNANDEZ RAMIREZ Y PATRICIA MARÍA SÁNCHEZ MARTÍN	483
98	BENEFICIOS DE LA VACUNACIÓN INFANTIL EN LA PREVENCIÓN DE LA MENINGITIS ESTHER CASTELLANOS IZQUIERDO	489
99	CUIDADOS EN CEFALEA POST-EPIDURAL ANA NIETO CARRETERO Y MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ PINA	495

100 CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN BRONQUIOLITIS PEDIÁTRICA	
MARTA ABAD ABELLÁN, GEMMA MARÍA DONADO RUBIO DE LA TORRE, MÓNICA CARVALHO RIBEIRO ALVITES, SARA LUQUE MILLÓN Y MARÍA LEONOR LOZANO MARTÍNEZ	499
101 MANEJO DE LA MEDICACIÓN VÍA SUBCUTÁNEA E INFUSORES POR ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA DEL PACIENTE TERMINAL	
MARTA ABAD ABELLÁN, MARÍA LEONOR LOZANO MARTÍNEZ, SARA LUQUE MILLÓN, GEMMA MARÍA DONADO RUBIO DE LA TORRE Y MÓNICA CARVALHO RIBEIRO ALVITES	503
102 LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE UNIDADES DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA	
MARTA ABAD ABELLÁN, MARÍA LEONOR LOZANO MARTÍNEZ, SARA LUQUE MILLÓN, MÓNICA CARVALHO RIBEIRO ALVITES Y GEMMA MARÍA DONADO RUBIO DE LA TORRE	509
103 LOS PACIENTES QUE SUFREN DE GANGRENA Y EL TRABAJO QUE DESEMPEÑA LA ENFERMERA HOSPITALARIA	
IRENE DE MORA MARTÍN-FORERO, CECILIA NUÑEZ GARRIDO, BLANCA SANZ CAMACHO, INES REDONDO ALVAREZ Y SILVIA LORENZO MARTIN	513
104 SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE	
ESPERANZA CARCHANO ALCARAZ, ESTHER NAVARRO GÓMEZ, VIRGINIA TAJUELO FLORES, ANA TRUEBA GONZÁLEZ Y FLORENTINA DIANA LAMBRU	519
105 OSTOMÍAS URINARIAS Y OSTOMÍAS DIGESTIVAS: CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE OSTOMIZADO	
CARMEN MARÍA RIVAS SÁNCHEZ - MEDINA, ELENA CUENCA SÁNCHEZ, MARÍA MUÑOZ CARRETERO, RAQUEL HERVÁS DÍEZ Y MERCEDES HONRADO PRADILLO	525
106 PREVENCIÓN DE HÁBITOS TÓXICOS EN LA ADOLESCENCIA	
VICTORIA CARLOTA LOSADA RIESGO	531

- 107 TRATAMIENTO CON SURFACTANTE NATURAL VS SINTÉTICO EN
RECIÉN NACIDOS PRETÉRMINO CON SÍNDROME DE
DIFICULTAD RESPIRATORIA**
ALEJANDRA RAMÍREZ COLLADO, MARTA LÓPEZ GARCÍA Y LUCÍA
LÓPEZ GARCÍA 537
- 108 PERSONAL DE ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO SOBRE
SU ACTUACIÓN EN EL DIAGNÓSTICO DE UN
ADENOCARCINOMA GÁSTRICO**
NOELIA RAMOS CAMINO, SARA TEJEDA BORJA, CRISTINA MEJÍA
SÁNCHEZ, ISABEL MAROTO AVILÉS Y MARIA ESTRELLA DIAZ
CASAS 547
- 109 ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO SOBRE SU ACTUACIÓN
EN EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO BIPOLAR TIPO I**
NOELIA RAMOS CAMINO, SARA TEJEDA BORJA, CRISTINA MEJÍA
SÁNCHEZ, ISABEL MAROTO AVILÉS Y MARIA ESTRELLA DIAZ
CASAS 551
- 110 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO
SOBRE EL CÁNCER DE MAMA**
NOELIA RAMOS CAMINO, SARA TEJEDA BORJA, CRISTINA MEJÍA
SÁNCHEZ, ISABEL MAROTO AVILÉS Y MARIA ESTRELLA DIAZ
CASAS 555
- 111 SEGURIDAD Y LA DIETA VEGETARIANA DURANTE LA
GESTACIÓN.**
ANA TRUEBA GONZÁLEZ, ESTHER NAVARRO GÓMEZ, ESPERANZA
CARCHANO ALCARAZ, FLORENTINA DIANA LAMBRU Y VIRGINIA
TAJUELO FLORES 559
- 112 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE SOMETIDO A
VENTILACIÓN MECÁNICA EN UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS**
LUCÍA MORENO BRIONES Y JORGE PÉREZ PÉREZ 563

113 EDUCACIÓN PARA LA SALUD: BENEFICIOS SOBRE LA DIETA MEDITERRÁNEA Y RECOMENDACIONES NUTRICIONALES ENFOCADAS A LA ATENCIÓN PRIMARIA LUCÍA MORENO BRIONES Y JORGE PÉREZ PÉREZ	569
114 EL ABORDAJE DE LA SEXUALIDAD EN EL PACIENTE OSTOMIZADO LAURA GARCIA CALVO, NADIA CÁRCABA PÉREZ, ISABEL VILLANUEVA FERNÁNDEZ, BLANCA GONZÁLEZ ÁLVAREZ Y LIDIA GARCÍA CHARRO	573
115 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL MANTENIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA SARA LORENZO GRACIA	583
116 DISFAGIA NEURÓGENA Y LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA LAURA ARIAS MORA, CRISTINA PAREJA CAMPO, ISABEL ANGORA PANTOJA, MARÍA IZQUIERDO GONZÁLEZ Y CRISTINA GALLEGO TIRADO	589
117 ENFERMERÍA EN LA TRANSGRESIÓN LEGAL DEL SECRETO PROFESIONAL LAURA ARIAS MORA, CRISTINA PAREJA CAMPO, ISABEL ANGORA PANTOJA, MARÍA IZQUIERDO GONZÁLEZ Y CRISTINA GALLEGO TIRADO	595
118 LA HEMOCROMATOSIS SUS CUIDADOS Y ACTUACIONES POR ENFERMERÍA LAURA ARIAS MORA, CRISTINA PAREJA CAMPO, ISABEL ANGORA PANTOJA, MARÍA IZQUIERDO GONZÁLEZ Y CRISTINA GALLEGO TIRADO	599
119 PREVENCIÓN EN RABDOMIOLISIS ANA NIETO CARRETERO Y MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ PINA	605

120	PACIENTE NEUROCRÍTICO Y LOS CUIDADOS POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA MARIA GONZALEZ CORCOLES, JESUS GONZALEZ CORCOLES, MARÍA MARTÍNEZ PARREÑO, RUBEN LEAL ARANDA Y LAURA SUAY ABARCA	609
121	PACIENTE ONCOLÓGICO PEDIÁTRICO Y LOS CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA ALIVIAR EL DOLOR. MARIA GONZALEZ CORCOLES, JESUS GONZALEZ CORCOLES, RUBEN LEAL ARANDA, MARÍA MARTÍNEZ PARREÑO Y LAURA SUAY ABARCA	613
122	CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE ORTOGERIÁTRICO MARIA GONZALEZ CORCOLES, JESUS GONZALEZ CORCOLES, MARÍA MARTÍNEZ PARREÑO, RUBEN LEAL ARANDA Y LAURA SUAY ABARCA	617
123	EL USO DE APÓSITOS DE MIEL EN ÚLCERAS DE PIE DIABÉTICO MARYAM BOUZARAD AIT BAH, MELODY TORIJA RESUELA, MARIA DIAZ-BERNARDO RAMIREZ Y MARÍA LÓPEZ BERGILLOS	621
124	MANEJO NO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR EN NEONATOS MARYAM BOUZARAD AIT BAH, MELODY TORIJA RESUELA, MARIA DIAZ-BERNARDO RAMIREZ Y MARÍA LÓPEZ BERGILLOS	627
125	LAS PRINCIPALES FUNCIONES QUE DESARROLLA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO ESPECIAL DE QUIRÓFANO NATALIA GIL RUIZ, NATALIA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, MARTA PEÑUELAS VALDERAS, ALFONSO ORTEGA CORUÑA Y MALENA FERNÁNDEZ ARROYO	633
126	EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN EL PUERPERIO ALBA IGLESIAS QUINTANA, MARÍA MÉNDEZ QUIÑONES Y EVA CEÑAL DE ÁVILA	637

127 LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA Y LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN FASE AGUDA	
NATALIA GIL RUIZ, MARTA PEÑUELAS VALDERAS, ALFONSO ORTEGA CORUÑA, NATALIA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ Y MALENA FERNÁNDEZ ARROYO	641
128 ASPECTOS ÉTICOS Y DEONTOLÓGICOS DE LA EUTANASIA	
JENNIFER MENÉNDEZ RODRÍGUEZ, CARLA SUAREZ MONTOTO Y MIRIAN VELAZQUEZ RODRÍGUEZ	645
129 ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE REACCIONES ANAFILÁCTICAS EN NIÑOS.	
GERMÁN APARICIO SAN JOSÉ, JOSÉ ANTONIO ARANDA CRUZ, CARMEN BELEN GALVAN CABRERO, ROCIO LOPEZ CALERO Y VIRGINIA OÑATE ZAMORA	649
130 ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS DE UNA TRACCIÓN DE PARTES BLANDAS.	
GERMÁN APARICIO SAN JOSÉ, JOSÉ ANTONIO ARANDA CRUZ, CARMEN BELEN GALVAN CABRERO, ROCIO LOPEZ CALERO Y VIRGINIA OÑATE ZAMORA	653
131 ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS DE LOS PACIENTES CON IDEAS AUTOLÍTICAS	
GERMÁN APARICIO SAN JOSÉ, JOSÉ ANTONIO ARANDA CRUZ, CARMEN BELEN GALVAN CABRERO, ROCIO LOPEZ CALERO Y VIRGINIA OÑATE ZAMORA	657
132 ABORDAJE NO FARMACOLÓGICO DEL SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO Y SU IMPORTANCIA DURANTE LA GESTACIÓN	
JORGE PÉREZ PÉREZ, LUCÍA MORENO BRIONES Y ALBERTO MARTÍNEZ GARRIDO	661
133 LA GASOMETRIA ARTERIAL, ALGO MÁS QUE UN SIMPLE PINCHAZO	
MARIA ORTEGA ABENGOZAR, DARÍO DEL RÍO MARTÍN, NOELIA ANTÓN RUANO Y MARIA EUGENIA DIAZ SERRANO	673

134 CASO CLÍNICO: TRASTORNO BIPOLAR ALEJANDRA RAMÍREZ COLLADO, MARTA LÓPEZ GARCÍA Y LUCÍA LÓPEZ GARCÍA	681
135 ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE QUE ESTA EN UN PROCESO DE ATRAGANTAMIENTO PILAR MARIA RODRIGUEZ VALCARCEL Y ELENA PEINADO TERCERO	685
136 IMPORTANCIA DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE PACIENTES CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS ROCÍO GARCÍA-PARDO SÁNCHEZ, SARA MARTÍNEZ RUIZ, LAURA GUTIÉRREZ MARTÍNEZ, VANESSA DE NOVA FERNÁNDEZ Y CARMEN MARÍA SEVILLA PÉREZ	689
137 EFECTIVIDAD DE LAS ESTRATEGIAS DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN ROCÍO GARCÍA-PARDO SÁNCHEZ, SARA MARTÍNEZ RUIZ, LAURA GUTIÉRREZ MARTÍNEZ, VANESSA DE NOVA FERNÁNDEZ Y CARMEN MARÍA SEVILLA PÉREZ	693
138 PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA MEJORA DEL AUTOCUIDADO DEL PACIENTE DIABÉTICO ROCÍO GARCÍA-PARDO SÁNCHEZ, SARA MARTÍNEZ RUIZ, LAURA GUTIÉRREZ MARTÍNEZ, VANESSA DE NOVA FERNÁNDEZ Y CARMEN MARÍA SEVILLA PÉREZ	697
139 ACTUALIZACIÓN EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS PARA LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DENTRO DEL ÁMBITO HOSPITALARIO NATALIA GIL RUIZ, MARTA PEÑUELAS VALDERAS, ALFONSO ORTEGA CORUÑA, NATALIA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ Y MALENA FERNÁNDEZ ARROYO	701
140 ANSIEDAD Y MIEDO EN NIÑA DE 9 AÑOS DE EDAD ANA JOAQUINA SUÁREZ FERNÁNDEZ	705

141 LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS DEFORMIDADES CRANEALES EN RECIÉN NACIDOS: EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA CELIA ORTEGA ORTIZ	709
142 EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ANTE LA IMPLANTACIÓN DE UN MARCAPASOS: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA TAMARA VILLANUEVA RODRIGO Y ANDREA DANIELA SUCIUC SUCIUC	717
143 ATENCIÓN INTEGRAL EN EL POSTPARTO. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA MARÍA FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ Y CÉSAR FRANCISCO VERDEJO	721
144 EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO DESDE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA MARÍA MÉNDEZ QUIÑONES, EVA CEÑAL DE ÁVILA Y ALBA IGLESIAS QUINTANA	727
145 LA EPILEPSIA EN LA EDAD ESCOLAR NOELIA ANTÓN RUANO, MARIA EUGENIA DIAZ SERRANO, MARIA ORTEGA ABENGOZAR Y DARÍO DEL RÍO MARTÍN	731
146 ANÁLISIS DEL COLECTOR RECTAL COMO DISPOSITIVO DE RECOLECCIÓN DE MUESTRAS EN EL DIAGNÓSTICO MARIA EUGENIA DIAZ SERRANO, NOELIA ANTÓN RUANO, MARIA ORTEGA ABENGOZAR Y DARÍO DEL RÍO MARTÍN	735
147 EL PAPEL DE LA ENFERMERA COMO EDUCADORA SEXUAL EN LOS ADOLESCENTES JOSSELYN PAMELA CHINCHAY RAMÍREZ, ANAIS GARCIA DEL CERRO, MARTA MINAYA CELA Y NAZARET GÓMEZ MARTÍN DE VIDALES	739
148 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL ESTREÑIMIENTO EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO RAQUEL HERVÁS DÍEZ, ELENA CUENCA SÁNCHEZ, CARMEN MARÍA RIVAS SÁNCHEZ - MEDINA, MARÍA MUÑOZ CARRETERO Y MERCEDES HONRADO PRADILLO	747

- 149 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL CATÉTER CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA**
MARÍA MUÑOZ CARRETERO, RAQUEL HERVÁS DÍEZ, MERCEDES HONRADO PRADILLO, CARMEN MARÍA RIVAS SÁNCHEZ - MEDINA Y ELENA CUENCA SÁNCHEZ 755
- 150 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN Y LOS CUIDADOS DEL PIE DIABÉTICO**
MIRIAM SORIA GIL, ANA ISABEL CANTOS APARICIO, MARIA ESTER SANCHEZ ROMER, AZUCENA DEL OLMO MARTINEZ Y MARIA E. AGUILAR RICO 761
- 151 ADHERENCIA TERAPÉUTICA: UN IMPORTANTE PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.**
MIRIAN VELAZQUEZ RODRÍGUEZ, JENNIFER MENÉNDEZ RODRÍGUEZ Y CARLA SUAREZ MONTOTO 767
- 152 ENFERMERÍA: CUIDADOS DE UN DRENAJE TORÁCICO**
MARIA VICTORIA CASARRUBIOS CARRASCO 771
- 153 EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN UN PACIENTE HOSPITALIZADO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.**
MIHAELA SIMONA LACOVICI, MÓNICA PÉREZ GARCÍA, ANA ESPERANZA MORCILLO ANTÓN, MARTA SANROMA GARCIA FOGEDA Y MILAGROS CIUDAD LAINEZ 775
- 154 EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS A LA MUJER EMBARAZADA**
MÓNICA PÉREZ GARCÍA, MIHAELA SIMONA LACOVICI, ANA ESPERANZA MORCILLO ANTÓN, MARTA SANROMA GARCIA FOGEDA Y MILAGROS CIUDAD LAINEZ 779
- 155 EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS A PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.**
MARTA SANROMA GARCIA FOGEDA, MIHAELA SIMONA LACOVICI, MÓNICA PÉREZ GARCÍA, ANA ESPERANZA MORCILLO ANTÓN Y MILAGROS CIUDAD LAINEZ 783

156 HEMOSTASIA FEMORAL POST-CATETERISMO: MANEJO DE ENFERMERÍA MERCEDES HONRADO PRADILLO	787
157 ROL DE LA FAMILIA EN EL DEBUT DE DIABETES MELLITUS TIPO 1 EN LA INFANCIA. ACTUACIÓN ENFERMERA GEMA CUARTERO ESCARABAJAL	801
158 NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN DURANTE EL ENVEJECIMIENTO. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA GEMA CUARTERO ESCARABAJAL	805
159 TÉCNICAS Y HABILIDADES DE LA COMUNICACIÓN EN LA ACTUACIÓN ENFERMERA GEMA CUARTERO ESCARABAJAL	809
160 LECCIONES EN SALUD COMUNITARIA Y HOSPITALARIA. ATENCIÓN PRIMARIA, PEDIATRÍA Y GINECOLOGÍA. ECOGRAFÍA EN AP Y SU IMPORTANCIA PEDIÁTRICA DAVID MORENO BERMEJO Y CORA SÁNCHEZ VALERO	813
161 LA ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA Y SU DIAGNÓSTICO POR ITB DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA CARLOS RODENAS MORENO	819
162 LECCIONES EN SALUD COMUNITARIA Y HOSPITALARIA. ATENCIÓN PRIMARIA, HOSPITALARIA, ANESTESIA Y REANIMACIÓN. EL SONDAJE VESICAL INDICACIONES Y SUS COMPLICACIONES DAVID MORENO BERMEJO Y CORA SÁNCHEZ VALERO	823
163 ALTERNATIVA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS: LA ESTIMULACIÓN COGNITIVA CARLOS RODENAS MORENO	829
164 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DIABETES EN ADULTOS VANESSA JIMÉNEZ LÓPEZ, LORENA LORENTE GARCÍA, IRENE LÓPEZ DE LA CONCEPCIÓN, BEATRIZ CASTILLO MONTEAGUDO Y VANESA MARTÍNEZ JIMÉNEZ	833

165 CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PREVENIR CAÍDAS EN ANCIANOS	
VANESSA JIMÉNEZ LÓPEZ, IRENE LÓPEZ DE LA CONCEPCIÓN, LORENA LORENTE GARCÍA, BEATRIZ CASTILLO MONTEAGUDO Y VANESA MARTÍNEZ JIMÉNEZ	839
166 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES INTOXICADOS	
VANESSA JIMÉNEZ LÓPEZ, LORENA LORENTE GARCÍA, IRENE LÓPEZ DE LA CONCEPCIÓN, VANESA MARTÍNEZ JIMÉNEZ Y BEATRIZ CASTILLO MONTEAGUDO	843
167 IDENTIFICACIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA ISQUEMIA MESENTÉRICA.	
ROCÍO SÁNCHEZ GONZÁLEZ	847
168 ARRITMIAS: TAQUIARRITMIAS DE QRS ESTRECHO, FIBRILACIÓN AURICULAR.	
PATRICIA ESTRADA ESCUDERO, SHEREZADA HERRADOR CORDERO-SÁNCHEZ, LUIS GONZÁLEZ IZQUIERDO, MARIA DE GRACIA CRIADO NIETO- SANDOVAL Y LAURA ORTEGA INIESTA	851
169 VACUNA CONTRA LA CANDIDIASIS VULVOVAGINAL	
LAURA ORTEGA INIESTA, SHEREZADA HERRADOR CORDERO-SÁNCHEZ, LUIS GONZÁLEZ IZQUIERDO, PATRICIA ESTRADA ESCUDERO Y MARIA DE GRACIA CRIADO NIETO- SANDOVAL	855
170 AYUNO INTERMITENTE COMO ESTILO DE VIDA	
SHEREZADA HERRADOR CORDERO-SÁNCHEZ, LAURA ORTEGA INIESTA, LUIS GONZÁLEZ IZQUIERDO, PATRICIA ESTRADA ESCUDERO Y MARIA DE GRACIA CRIADO NIETO- SANDOVAL	861
171 RECOMENDACIONES Y PROFILAXIS AL VIAJERO EN ZONAS DE RIESGO DE MALARIA	
CARLOS RODENAS MORENO	869

172	ÚLCERAS POR PRESIÓN. PAPEL DE LA ENFERMERÍA COMO MEDIDA DE PREVENCIÓN RAQUEL RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, ENRIQUE PALOMO DE GUZMAN, NURIA GIL PEÑA, PIEDAD DE LOS REYES Y VERÓNICA CRESPO GINES	873
173	ENFERMERÍA TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN MARCAPASOS DEFINITIVO GUSTAVO MUÑOZ MARIN, MARTA MONTEALEGRE PINARDO, MERCEDES BARRILERO FERNÁNDEZ DE LA PUEBLA, SHEYLA CARRETÓN CASTILLO Y CARLOS JAVIER MARTÍNEZ VELA	879
174	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA TORACOTOMÍA GUSTAVO MUÑOZ MARIN, MARTA MONTEALEGRE PINARDO, MERCEDES BARRILERO FERNÁNDEZ DE LA PUEBLA, SHEYLA CARRETÓN CASTILLO Y CARLOS JAVIER MARTÍNEZ VELA	885
175	EL EQUIPO DE ENFERMERÍA Y EL EFECTO DE LOS MIOMAS EN MUJERES QUE NECESITAN TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA GUSTAVO MUÑOZ MARIN, MARTA MONTEALEGRE PINARDO, MERCEDES BARRILERO FERNÁNDEZ DE LA PUEBLA, SHEYLA CARRETÓN CASTILLO Y CARLOS JAVIER MARTÍNEZ VELA	889
176	CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO CORA SÁNCHEZ VALERO Y DAVID MORENO BERMEJO	895
177	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA FAMILIAR EN ATENCIÓN PRIMARIA ENRIQUE PALOMO DE GUZMAN, NURIA GIL PEÑA, RAQUEL RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, PIEDAD DE LOS REYES Y VERÓNICA CRESPO GINES	899
178	ABORDAJE DE LA PÉRDIDA PERINATAL EN ENFERMERÍA MARÍA GONZÁLEZ SÁNCHEZ	905
179	LA VÍA SUBCUTÁNEA, UNA OPCIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS MARÍA GONZÁLEZ SÁNCHEZ	913

180 INTERVENCIÓN ENFERMERA PARA EL MANEJO Y CONTROL DE LA ANSIEDAD EN EL PREOPERATORIO INMEDIATO. NURIA GIL PEÑA, ENRIQUE PALOMO DE GUZMAN, RAQUEL RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, PIEDAD DE LOS REYES Y VERÓNICA CRESPO GINES	919
181 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL SERVICIO DE REANIMACIÓN MAR DEL ROCIO SERRANO FIERREZ	925
182 EL ASEO DEL PACIENTE ENCAMADO REALIZADO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) NATALIA SÁNCHEZ-URÁN DÍAZ Y SERGIO CASTELLANOS LARA	929
183 CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PLANTA DE GERIATRÍA NATALIA SÁNCHEZ-URÁN DÍAZ Y SERGIO CASTELLANOS LARA	933
184 CUIDADOS DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) NATALIA SÁNCHEZ-URÁN DÍAZ Y SERGIO CASTELLANOS LARA	937
185 BENEFICIOS DEL EJERCICIO FÍSICO PARA EL BIENESTAR. LUCIA GONZALEZ FERNANDEZ	941
186 CUIDADOS DEL CUIDADOR DE PACIENTE CON ALZHEIMER EN EL DOMICILIO. LUCIA GONZALEZ FERNANDEZ	947
187 FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DE TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA REALIZACIÓN DE CAMBIOS POSTURALES A PACIENTES. MARÍA ISABEL CORTES MARTÍNEZ, LAURA RUFO PADILLA, MONICA RUFO PADILLA Y SAMAY PEREZ GOMEZ	951

- 188 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE)
Y LAS DIFERENTES VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE
MEDICAMENTOS**
NATALIA SOTO GARCIA, MARÍA DEL ROSARIO GRANDE
BASTANTE, SALVADOR MANUEL ROSO AMARO Y MARÍA
ÁNGELES DEL CERRO HUMANES 955
- 189 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE QUIRÓFANOS HOSPITALARIOS.**
LAURA RUFO PADILLA, MONICA RUFO PADILLA, SAMAY PEREZ
GOMEZ Y MARÍA ISABEL CORTES MARTÍNEZ 961
- 190 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA Y LA
DIETA TERAPEÚTICA.**
NATALIA SOTO GARCIA, MARÍA DEL ROSARIO GRANDE
BASTANTE, SALVADOR MANUEL ROSO AMARO Y MARÍA
ÁNGELES DEL CERRO HUMANES 965
- 191 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA, LA
DIURESIS Y LA DEFECACIÓN DEL PACIENTE.**
MARÍA DEL ROSARIO GRANDE BASTANTE, SALVADOR MANUEL
ROSO AMARO, NATALIA SOTO GARCIA Y MARÍA ÁNGELES DEL
CERRO HUMANES 969
- 192 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE)
Y LA ALIMENTACIÓN ENTERAL POR INTUBACIÓN
NASOGÁSTRICA.**
ANABEL RODRIGUEZ FRANCO Y ELISABETH RODRÍGUEZ FRANCO 973
- 193 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN**
SAMAY PEREZ GOMEZ, LAURA RUFO PADILLA, MARÍA ISABEL
CORTES MARTÍNEZ Y MONICA RUFO PADILLA 977
- 194 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN
ENFERMERÍA (TCAE) EN URGENCIAS**
ROSA MONTERO NÚÑEZ, MARÍA DE LA PAZ GONZÁLEZ LÓPEZ,
CAROLINA BERNAL MUÑOZ, MARIA JOSEFA HERREROS CALERO Y
MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ VALERA 981

195 TECNOLOGÍAS EMERGENTES EN EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO PABLO PÉREZ RANCAÑO	985
196 COMPETENCIAS Y TAREAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE ESTERILIZACIÓN HOSPITALARIA M. CARMEN NÚÑEZ ORTIZ, MARÍA ALMUDENA RUIZ NOBLEJAS, MONTSERRAT PAULET NAVARRO, MÓNICA ALEXANDRA CANO CASTRO Y VICENTA LARA HERREROS	997
197 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA LUCÍA SENDÍN GÓMEZ, MARÍA JESÚS BARRIOS PÉREZ-GRUESO, GEMMA MUÑOZ TRIGO, NURIA FERNÁNDEZ DÍAZ Y MARÍA DEL ROCÍO DÍAZ VILLA	1003
198 LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA LUCÍA SENDÍN GÓMEZ, MARÍA JESÚS BARRIOS PÉREZ-GRUESO, GEMMA MUÑOZ TRIGO, NURIA FERNÁNDEZ DÍAZ Y MARÍA DEL ROCÍO DÍAZ VILLA	1007
199 LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE CONSULTAS EXTERNAS. LUCÍA SENDÍN GÓMEZ, MARÍA JESÚS BARRIOS PÉREZ-GRUESO, GEMMA MUÑOZ TRIGO, NURIA FERNÁNDEZ DÍAZ Y MARÍA DEL ROCÍO DÍAZ VILLA	1011
200 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA. MARIA JOSE ROMERO JIMENEZ, EUGENIO LLORENS LUCAS, NADIA NIETO RODRÍGUEZ, ROCIO LOZANO CORREDOR Y MANUELA GONZÁLEZ LÓPEZ	1015
201 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE REANIMACIÓN MARIA JOSE ROMERO JIMENEZ, EUGENIO LLORENS LUCAS, NADIA NIETO RODRÍGUEZ, ROCIO LOZANO CORREDOR Y MANUELA GONZÁLEZ LÓPEZ	1019

- 202EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**
MARIA JOSE ROMERO JIMENEZ, EUGENIO LLORENS LUCAS, NADIA NIETO RODRÍGUEZ, ROCIO LOZANO CORREDOR Y MANUELA GONZÁLEZ LÓPEZ 1023
- 203EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA Y LAS FUNCIONES QUE DEBEN REALIZAR LAS TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
MARÍA JOSÉ DÍAZ ÁLVAREZ, MARÍA YOLANDA CASILLAS BRASERO, DELIA CASTELLS ROCA, CARLA LÓPEZ VALENCIA Y LETICIA MARTIN GARCIA 1027
- 204LAS FUNCIONES QUE DEBEN DESEMPEÑAR LAS TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA**
MARÍA JOSÉ DÍAZ ÁLVAREZ, MARÍA YOLANDA CASILLAS BRASERO, DELIA CASTELLS ROCA, CARLA LÓPEZ VALENCIA Y LETICIA MARTIN GARCIA 1031
- 205LAS FUNCIONES QUE DEBEN DESEMPEÑAR LAS TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE CONSULTAS EXTERNAS HOSPITALARIAS**
MARÍA JOSÉ DÍAZ ÁLVAREZ, MARÍA YOLANDA CASILLAS BRASERO, DELIA CASTELLS ROCA, CARLA LÓPEZ VALENCIA Y LETICIA MARTIN GARCIA 1035
- 206LAS MUETRAS COGIDAS A LOS PACIENTES Y LA RECOGIDA DE ELLAS POR LAS TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
CARMEN ELENA RIVERA GARCÍA, MARÍA DE LOS SANTOS YUSTE RENTERO, ALEJANDRO CORREAS PULIDO, ANA ISABEL GARCIA PEÑALVO Y VICTOR MANUEL MELLINAS MORALES 1039
- 207EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA GASOMETRÍA ARTERIAL.**
CARMEN ELENA RIVERA GARCÍA, MARÍA DE LOS SANTOS YUSTE RENTERO, ALEJANDRO CORREAS PULIDO, ANA ISABEL GARCIA PEÑALVO Y VICTOR MANUEL MELLINAS MORALES 1043

208	PACIENTES CON PROBLEMAS RESPIRATORIOS Y LOS CUIDADOS DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE). ALEJANDRO CORREAS PULIDO, ANA ISABEL GARCIA PEÑALVO, VICTOR MANUEL MELLINAS MORALES, CARMEN ELENA RIVERA GARCÍA Y MARÍA DE LOS SANTOS YUSTE RENTERO	1047
209	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) Y EL ASEO DEL RECIÉN NACIDO MARIA LUISA PARREÑO SÁNCHEZ, ROSA MARÍA GARCÍA HERNÁNDEZ, BERTA CARRASCO MONTEALEGRE, ALBA PEÑARANDA GARCIA Y LAURA SÁNCHEZ ABAD	1051
210	FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL CAMBIO DE LA BOLSA DE COLOSTOMÍA A PACIENTES OSTOMIZADOS CELIA CARAVACA RODRÍGUEZ, MARÍA SÁNCHEZ CABAÑAS, ANTONIO FUENTES AYUS, ESTHER GARCÍA GARRIDO Y ANGELA GARCÍA GARCIA	1057
211	LA PREVENCIÓN EN LAS ULCERAS POR PRESIÓN ESTEFANIA GONZÁLEZ DÍEZ	1061
212	ANTE EL MALTRATO INFANTIL, CUIDADOS Y ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ESTEFANIA GONZÁLEZ DÍEZ	1065
213	CUIDADOS PALIATIVOS EN EL HOSPITAL ESTEFANIA GONZÁLEZ DÍEZ	1071
214	PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN LA UNIDAD HOSPITALARIA ESTEFANIA GONZÁLEZ DÍEZ	1077
215	PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD ESTEFANIA GONZÁLEZ DÍEZ	1081

- 216 NUTRICIÓN ENTERAL: EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
M. CARMEN NÚÑEZ ORTIZ, MARÍA ALMUDENA RUIZ NOBLEJAS,
MONTSERRAT PAULET NAVARRO, VICENTA LARA HERREROS Y
MÓNICA ALEXANDRA CANO CASTRO 1087
- 217 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA**
ESTHER GARCÍA GARRIDO, CELIA CARAVACA RODRÍGUEZ,
ANGELA GARCÍA GARCIA, ANTONIO FUENTES AYUS Y MARÍA
SÁNCHEZ CABAÑAS 1091
- 218 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA**
ANTONIO FUENTES AYUS, MARÍA SÁNCHEZ CABAÑAS, ESTHER
GARCÍA GARRIDO, ANGELA GARCÍA GARCIA Y CELIA CARAVACA
RODRÍGUEZ 1095
- 219 LOS CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA GOTA/ARTRITIS GOTOSA**
LAURA ORTAS GONZÁLEZ Y AZAHARA NEREIDA BLANCO
MALLADA 1099
- 220 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL CÓDIGO ICTUS**
LAURA ORTAS GONZÁLEZ Y AZAHARA NEREIDA BLANCO
MALLADA 1103
- 221 CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA A PACIENTES EN CUIDADOS PALIATIVOS**
LAURA ORTAS GONZÁLEZ Y AZAHARA NEREIDA BLANCO
MALLADA 1107
- 222 LA REHABILITACIÓN DE LOS CENTROS SANITARIOS Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
INMACULADA CONCEPCION MARTÍNEZ CARRETERO, TANIA
VALERA ZAMORA, SONIA LOZANO GARCIA, LOIDA SERRANO
LOPEZ Y ANA MARÍA DOMÍNGUEZ FERNÁNDEZ 1111

- 223 ATENCIÓN A LA TERCERA EDAD POR PARTE DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
INMACULADA CONCEPCION MARTÍNEZ CARRETERO, TANIA VALERA ZAMORA, SONIA LOZANO GARCIA, LOIDA SERRANO LOPEZ Y ANA MARÍA DOMÍNGUEZ FERNÁNDEZ 1115
- 224 SUMINISTRAR OXÍGENO SUPLEMENTARIO A PACIENTES POR PARTE DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
LOIDA SERRANO LOPEZ, ANA MARÍA DOMÍNGUEZ FERNÁNDEZ, INMACULADA CONCEPCION MARTÍNEZ CARRETERO, TANIA VALERA ZAMORA Y SONIA LOZANO GARCIA 1119
- 225 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LOS CUIDADOS POST MORTEM
MARIA LUISA PARREÑO SÁNCHEZ, ROSA MARÍA GARCÍA HERNÁNDEZ, ALBA PEÑARANDA GARCIA, LAURA SÁNCHEZ ABAD Y BERTA CARRASCO MONTEALEGRE 1123
- 226 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA TOMA DE MUESTRAS
M. CARMEN NÚÑEZ ORTIZ, MONTSERRAT PAULET NAVARRO, MARÍA ALMUDENA RUIZ NOBLEJAS, VICENTA LARA HERREROS Y MÓNICA ALEXANDRA CANO CASTRO 1129
- 227 ULCERAS POR PRESIÓN Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
MARIA DE LOS ANGELES ALONSO DIAZ, MARÍA CRISTINA NAVA RODRIGUEZ, BEGOÑA ANTUÑA ALISTE Y ALICIA QUESADA VIDAL 1135
- 228 INFECCIONES NOSOCOMIALES, CAUSAS Y PREVENCIÓN
BEGOÑA ANTUÑA ALISTE, MARIA DE LOS ANGELES ALONSO DIAZ, MARÍA CRISTINA NAVA RODRIGUEZ Y ALICIA QUESADA VIDAL 1139

- 229EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS**
MARÍA DEL PILAR ONRUBIA MONTOYA, MARÍA ÁNGELES LÓPEZ VILLENA, MARIA DEL CARMEN TORRES SANTIAGO, SANDRA REGINA PEREIRA BRAGA Y MARÍA DE LOS ÁNGELES SORIANO SÁNCHEZ 1143
- 230EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU LABOR EN LA ALIMENTACIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO**
MARÍA DEL PILAR ONRUBIA MONTOYA, MARÍA ÁNGELES LÓPEZ VILLENA, MARIA DEL CARMEN TORRES SANTIAGO, SANDRA REGINA PEREIRA BRAGA Y MARÍA DE LOS ÁNGELES SORIANO SÁNCHEZ 1147
- 231EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA RECOGIDA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS**
MARÍA DEL PILAR ONRUBIA MONTOYA, MARÍA ÁNGELES LÓPEZ VILLENA, MARIA DEL CARMEN TORRES SANTIAGO, SANDRA REGINA PEREIRA BRAGA Y MARÍA DE LOS ÁNGELES SORIANO SÁNCHEZ 1151
- 232EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) DURANTE LA PANDEMIA COVID-19**
MARÍA LEONOR LARA BARBERO, MARÍA ESTRELLA SÁNCHEZ OLIVA, JULIANA ALMARCHA REINOSO, MARIA TERESA AGUADO TABERNÉ Y SONIA URDA GARCÍA 1155
- 233LAS ÚLCERAS POR PRESION**
LAURA HERRAIZ FERNANDEZ, MARIA DEL MAR ARIAS SAIZ Y ZORAIDA HERRAIZ FERNANDEZ 1159
- 234EL ASEO DEL PACIENTE ENCAMADO**
LORENA CANALEJO GALLARDO 1163
- 235EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU FUNCIÓN EN LA ASPIRACIÓN DE SECRECIONES**
NURIA GROMADA ALCAIDE, ALEXIS PAMELA SÁNCHEZ GARCÍA, MARÍA BELÉN CUESTA TOMÁS, MARIA CRISTINA LOPEZ MOLINA Y MARIA DE LA FUENTE CARLOS BLÁZQUEZ 1167

- 236EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES EN URGENCIAS HOSPITALARIAS**
NURIA GROMADA ALCAIDE, ALEXIS PAMELA SÁNCHEZ GARCÍA,
MARÍA BELÉN CUESTA TOMÁS, MARIA CRISTINA LOPEZ MOLINA
Y MARIA DE LA FUENTE CARLOS BLÁZQUEZ 1171
- 237EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU PAPEL EL SERVICIO DE PARITORIO**
NURIA GROMADA ALCAIDE, ALEXIS PAMELA SÁNCHEZ GARCÍA,
MARÍA BELÉN CUESTA TOMÁS, MARIA CRISTINA LOPEZ MOLINA
Y MARIA DE LA FUENTE CARLOS BLÁZQUEZ 1175
- 238EL ROL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL CONTROL DE INFECCIONES EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS**
MARÍA LUCÍA EXPÓSITO SANTAMARÍA, CONCEPCION GIL
ANDRÉS, MARIA JOSE SANCHEZ MENA, SONSOLES CARMONA
CAMPOS Y ALICIA RISUEÑO GARCIA 1179
- 239HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PEDIÁTRICA: ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS POR LOS TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
MARÍA LUCÍA EXPÓSITO SANTAMARÍA, CONCEPCION GIL
ANDRÉS, MARIA JOSE SANCHEZ MENA, SONSOLES CARMONA
CAMPOS Y ALICIA RISUEÑO GARCIA 1185
- 240MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS: TÉCNICAS NO FARMACOLÓGICAS APLICADAS POR LOS TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
MARÍA LUCÍA EXPÓSITO SANTAMARÍA, CONCEPCION GIL
ANDRÉS, MARIA JOSE SANCHEZ MENA, SONSOLES CARMONA
CAMPOS Y ALICIA RISUEÑO GARCIA 1191
- 241SERVICIO DE URGENCIAS VISTO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
PILAR FERNANDEZ ZAPICO, ANA MARÍA CORDERO DE ALMEIDA,
YOANA ROZA RODRÍGUEZ, MARTA CERA RODRÍGUEZ Y MARÍA
DE LA ZARZA CASADO CALVO 1197

242CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS.

GLORIA FERNÁNDEZ MATE, GISSELA CORNEJO EGOAVIL, MARIS DANIA MONTERO MONTERO, LILIAN DEL SOCORRO MUÑOZ MENDOZA Y NÉRIDA JOSEFINA ZAMBRANO PIÑANGO

1201

243LA COMUNICACIÓN NO VERBAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) REALIZADA POR UN TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

ALMUDENA JEREZ DEL CERRO, IONELA VIORICA HUTULEAC, SAGRARIO ROJAS APARICIO, MARIA FRAILE GONZALEZ Y SARA PINILLA SOTO

1207

244EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UNA ESPIROMETRÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC).

ALMUDENA JEREZ DEL CERRO, IONELA VIORICA HUTULEAC, SAGRARIO ROJAS APARICIO, MARIA FRAILE GONZALEZ Y SARA PINILLA SOTO

1211

245ERRORES MÁS FRECUENTES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) A LA HORA DEL MANEJO DEL PACIENTE CON GASTROENTERITIS.

SAGRARIO ROJAS APARICIO, MARIA FRAILE GONZALEZ, SARA PINILLA SOTO, ALMUDENA JEREZ DEL CERRO Y IONELA VIORICA HUTULEAC

1215

246ATENCIÓN AL PACIENTE EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

MARIA DEL MAR ARIAS SAIZ, LAURA HERRAIZ FERNANDEZ Y ZORAIDA HERRAIZ FERNANDEZ

1219

247EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA INFLUENCIA DE LA TECNOLOGÍA EN EL TRABAJO

MARÍA LEONOR LARA BARBERO, MARÍA ESTRELLA SÁNCHEZ OLIVA, JULIANA ALMARCHA REINOSO, MARIA TERESA AGUADO TABERNÉ Y SONIA URDA GARCÍA

1223

- 248EFECTOS DE LA INTERACCIÓN CON LOS PACIENTES EN EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
MARÍA LEONOR LARA BARBERO, MARÍA ESTRELLA SÁNCHEZ OLIVA, JULIANA ALMARCHA REINOSO, MARIA TERESA AGUADO TABERNÉ Y SONIA URDA GARCÍA 1227
- 249EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE EL ESTUDIO DE UN PACIENTE HOSPITALIZADO QUE HA SUFRIDO UNA LESION MEDULAR. REVISION BIBLIOGRÁFICA
GEMA SERRANO DÍAZ-CARRASCO Y MARÍA TERESA VIGARA SÁNCHEZ 1231
- 250LEUCOMALACIA PERIVENTRICULAR DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
RAQUEL REQUEJO ANTON 1235
- 251ALZHEIMER Y LOS CUIDADOS DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA
SILVIA COSTALES PARRONDO 1239
- 252LA NUTRICIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS
SILVIA COSTALES PARRONDO 1245
- 253EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UTILIZACIÓN DE LOS INHALADORES EN EL ÁMBITO INTRA Y EXTRA HOSPITALARIO
AIDA PUERTAS LAVANDERA Y SARA GARCÍA DÍAZ 1251
- 254EL MANEJO DEL CALOSTRO POR UN TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES (UCIN)
MARIA LUISA PARREÑO SÁNCHEZ, ROSA MARÍA GARCÍA HERNÁNDEZ, LAURA SÁNCHEZ ABAD, BERTA CARRASCO MONTEALEGRE Y ALBA PEÑARANDA GARCIA 1255

- 255 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN**
PAULA CRISTINA PÉREZ CORREIA, ESTHER JIMÉNEZ TOMÁS,
CLARA MARIA GONZÁLEZ DE LA ROSA, ÁNGELA MARTÍN DE LA
SIERRA LÓPEZ Y RAQUEL ESCUDERO 1261
- 256 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU ACTUACIÓN ANTE LA PIREXIA DE LOS PACIENTES**
PAULA CRISTINA PÉREZ CORREIA, ESTHER JIMÉNEZ TOMÁS,
ÁNGELA MARTÍN DE LA SIERRA LÓPEZ, CLARA MARIA
GONZÁLEZ DE LA ROSA Y RAQUEL ESCUDERO 1265
- 257 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PREPARACIÓN DE LA ZONA A INTERVENIR QUIRÚRGICAMENTE**
PAULA CRISTINA PÉREZ CORREIA, ESTHER JIMÉNEZ TOMÁS,
ÁNGELA MARTÍN DE LA SIERRA LÓPEZ, CLARA MARIA
GONZÁLEZ DE LA ROSA Y RAQUEL ESCUDERO 1269
- 258 LA DIABETES Y LA SALUD BUCODENTAL.**
SILVIA COSTALES PARRONDO 1273
- 259 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) EN CUIDADOS PALIATIVOS A PACIENTES**
MARÍA DE LA PAZ GONZÁLEZ LÓPEZ, CAROLINA BERNAL
MUÑOZ, ROSA MONTERO NÚÑEZ, MARIA JOSEFA HERREROS
CALERO Y MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ VALERA 1277
- 260 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU PAPEL EN LA ADMISIÓN DE PACIENTES**
MARÍA JESÚS GONZALEZ PARRAGA, AMALIA DEL CARMEN
GOMEZ LOPEZ, SOLEDAD FITO MARTIN, LAURA ALFARO LOPEZ Y
FRANCISCA BARBERO LÓPEZ 1281
- 261 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU COMETIDO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**
MARÍA JESÚS GONZALEZ PARRAGA, AMALIA DEL CARMEN
GOMEZ LOPEZ, SOLEDAD FITO MARTIN, LAURA ALFARO LOPEZ Y
FRANCISCA BARBERO LÓPEZ 1285

- 262 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES EN LA PLANTA DE GINECOLOGÍA**
MARÍA JESÚS GONZALEZ PARRAGA, AMALIA DEL CARMEN GOMEZ LOPEZ, SOLEDAD FITO MARTIN, LAURA ALFARO LOPEZ Y FRANCISCA BARBERO LÓPEZ 1289
- 263 NUTRICIÓN Y DIETÉTICA EN EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: RECOMENDACIONES PARA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
MARI CARMEN LOPEZ SÁNCHEZ 1293
- 264 EDUCACIÓN SANITARIA PARA FAMILIARES DE PACIENTES CON DEMENCIA: ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN EFECTIVA POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
DOMINGO ANTONIO JIMÉNEZ PLATA, CLAUDIA CAMINERO MORA, FRANCISCA MEDINA DE LA CRUZ, MARIA AMOR GONZÁLEZ GARCÍA Y ANA BELÉN RODRIGO ALVAREZ 1299
- 265 MANEJO DE LA MEDICACIÓN EN PACIENTES POLIMEDICADOS: DIRECTRICES PARA TÉCNICOS AUXILIARES EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA**
DOMINGO ANTONIO JIMÉNEZ PLATA, CLAUDIA CAMINERO MORA, FRANCISCA MEDINA DE LA CRUZ, MARIA AMOR GONZÁLEZ GARCÍA Y ANA BELÉN RODRIGO ALVAREZ 1305
- 266 CUIDADOS EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA BARIÁTRICA: PROTOCOLOS Y TÉCNICAS ESPECÍFICAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
DOMINGO ANTONIO JIMÉNEZ PLATA, CLAUDIA CAMINERO MORA, FRANCISCA MEDINA DE LA CRUZ, MARIA AMOR GONZÁLEZ GARCÍA Y ANA BELÉN RODRIGO ALVAREZ 1311
- 267 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN URGENCIAS HOSPITALARIAS**
VIRGINIA ANGULO RODRIGUEZ, ANA MARÍA HERRERA LÓPEZ, MARIA DEL CARMEN OLIVARES GÓMEZ, MARI CARMEN TABASCO URDA Y ALBA PUNZÓN CAÑADILLA 1315

- 268 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL CONTROL DE LAS DEPOSICIONES**
VIRGINIA ANGULO RODRIGUEZ, ANA MARÍA HERRERA LÓPEZ,
MARIA DEL CARMEN OLIVARES GÓMEZ, MARI CARMEN TABASCO
URDA Y ALBA PUNZÓN CAÑADILLA 1321
- 269 TÉCNICAS DE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN**
HIPÓLITO MENÉNDEZ RODRÍGUEZ 1327
- 270 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES**
MARÍA ROSA DOMÍNGUEZ VALLE, ESTRELLA SERRANO
PELLEJERO, MELANY CAMACHO RAMOS, JENNIFER CAMACHO
RAMOS Y MARIA PILAR ESCOBAR CONDE 1331
- 271 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PREPARACIÓN Y ASISTENCIA DE UNA VÍA CENTRAL**
MARÍA ROSA DOMÍNGUEZ VALLE, ESTRELLA SERRANO
PELLEJERO, MELANY CAMACHO RAMOS, JENNIFER CAMACHO
RAMOS Y MARIA PILAR ESCOBAR CONDE 1335
- 272 EL IMPACTO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN SU GESTIÓN**
MARÍA ROSA DOMÍNGUEZ VALLE, ESTRELLA SERRANO
PELLEJERO, MELANY CAMACHO RAMOS, JENNIFER CAMACHO
RAMOS Y MARIA PILAR ESCOBAR CONDE 1339
- 273 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS Y SUS CONOCIMIENTOS**
GLORIA ESCOBAR MARTÍNEZ, ALBA DOMINGO ALONSO, MIRIAM
BOUCHAIR LARRALDE Y FRANCISCO ANTONIO GARCIA REINA 1343
- 274 LOS TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DURANTE EL DUELO DE LA PACIENTE POR EL NEONATO TRAS EL PARTO**
GLORIA ESCOBAR MARTÍNEZ, ALBA DOMINGO ALONSO, MIRIAM
BOUCHAIR LARRALDE Y FRANCISCO ANTONIO GARCIA REINA 1347

275	TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS DENTALES DE LOS CENTROS SANITARIOS FRANCISCO ANTONIO GARCIA REINA, GLORIA ESCOBAR MARTÍNEZ, ALBA DOMINGO ALONSO Y MIRIAM BOUCHAIR LARRALDE	1351
276	LA FUNCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PARITORIO LAURA SELENE VILLENA GARCÍA, MARIA JULIA GARCIA JIMENEZ, AMPARO MORENO LÓPEZ, ANTONIA ALARCÓN GARCÍA Y HORACIO ALEX OVANDO VARGAS	1355
277	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA LAURA SELENE VILLENA GARCÍA, MARIA JULIA GARCIA JIMENEZ, HORACIO ALEX OVANDO VARGAS, ANTONIA ALARCÓN GARCÍA Y AMPARO MORENO LÓPEZ	1359
278	LA IMPORTANCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA ADMINISTRACIÓN DE LOS ENEMAS LAURA SELENE VILLENA GARCÍA, MARIA JULIA GARCIA JIMENEZ, AMPARO MORENO LÓPEZ, ANTONIA ALARCÓN GARCÍA Y HORACIO ALEX OVANDO VARGAS	1363
279	VERTIGO Y TRASTORNOS DEL EQUILIBRIO SILVIA COSTALES PARRONDO	1367
280	EL CONTROL DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES HIPÓLITO MENÉNDEZ RODRÍGUEZ	1371
281	APARATO DIGESTIVO ZORAIDA HERRAIZ FERNANDEZ, MARIA DEL MAR ARIAS SAIZ Y LAURA HERRAIZ FERNANDEZ	1375
282	CUIDADOS PALIATIVOS MARIA DEL MAR ARIAS SAIZ, ZORAIDA HERRAIZ FERNANDEZ Y LAURA HERRAIZ FERNANDEZ	1379

283	PACIENTES CON INFLAMACIÓN INTESTINAL Y EL CUIDADO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA MARGARITA CARRASCO BLASCO, MARIA DEL ROSARIO LADERO PACHECO, PATRICIA ÁLVAREZ GÓMEZ, CORAL SANCHEZ SANCHEZ Y IRENE CAMINO LOZANO	1383
284	LA CONSULTA DE GINECOLOGÍA. FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) IRENE MUÑIZ GONZÁLEZ	1387
285	LA ENFERMEDAD DE LA DIABETES MONICA PINEY PRIETO, SHEILA VAQUERO ANDALUZ, ALBA MARIA MELCHOR TORRES Y LOURDES ROMERO RAMIREZ	1391
286	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS: PROTOCOLOS Y BUENAS PRÁCTICAS PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE). SILVIA HARO MEDINA	1397
287	FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS EN PALIATIVOS JOANA FERNÁNDEZ RUBIO	1401
288	FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE ESTERILIZACIÓN MARIA SOLEDAD MORENO GARCÍA, INMACULADA CAÑAS PRIETO, MARIA DEL PRADO PERALTA SANCHEZ AREVALO, MARIA LUISA RUANO RODRIGUEZ Y ALBA DÍAZ COGOLLUDO	1405
289	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES EN EL MANEJO DE CITOSTÁTICOS MARIA SOLEDAD MORENO GARCÍA, INMACULADA CAÑAS PRIETO, MARIA DEL PRADO PERALTA SANCHEZ AREVALO, MARIA LUISA RUANO RODRIGUEZ Y ALBA DÍAZ COGOLLUDO	1409
290	EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PRIMEROS AUXILIOS MARIA SOLEDAD MORENO GARCÍA, INMACULADA CAÑAS PRIETO, MARIA DEL PRADO PERALTA SANCHEZ AREVALO, MARIA LUISA RUANO RODRIGUEZ Y ALBA DÍAZ COGOLLUDO	1413

- 291 EL TRABAJO COMO TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN**
IRENE MUÑIZ GONZÁLEZ 1417
- 292 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL**
MARIA JOSEFA HERREROS CALERO, MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ VALERA, ROSA MONTERO NÚÑEZ, CAROLINA BERNAL MUÑOZ Y MARÍA DE LA PAZ GONZÁLEZ LÓPEZ 1421
- 293 LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA RESPECTO AL PACIENTE NEONATO**
NURIA GALINDO CASADO, PATRICIA LOPEZ MERINO, DAVID GARCÍA RUBIO, DAVINIA GARCÍA -MORENO ARAQUE Y JUAN CARLOS RECIO DELGADO-AGUILERA 1425
- 294 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL QUIRÓFANO**
LAURA INIESTO GOMEZ, MARÍA MERCEDES HERNÁNDEZ MONGE, MARISOL VILLALBA DEL MAZO, ELENA JIMENEZ SANZ Y ELENA CARRETERO GUTIÉRREZ 1429
- 295 LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA FRENTE AL PACIENTE OSTOMIZADO**
LAURA INIESTO GOMEZ, MARÍA MERCEDES HERNÁNDEZ MONGE, MARISOL VILLALBA DEL MAZO, ELENA JIMENEZ SANZ Y ELENA CARRETERO GUTIÉRREZ 1433
- 296 SERVICIO DE NEONATOLOGÍA Y EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO**
MARÍA MERCEDES HERNÁNDEZ MONGE, MARISOL VILLALBA DEL MAZO, ELENA JIMENEZ SANZ, ELENA CARRETERO GUTIÉRREZ Y LAURA INIESTO GOMEZ 1437

- 297EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON EL PACIENTE PEDIÁTRICO**
JULIA YUSTE GUTIÉRREZ, MARÍA JOSÉ ZARAPUZ SÁNCHEZ,
LORENA CANO LOPEZ, ESTEFANÍA MERINO CARMONA Y ANA GÓMEZ SORIANO 1441
- 298EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE UROLOGÍA**
JULIA YUSTE GUTIÉRREZ, ESTEFANÍA MERINO CARMONA,
LORENA CANO LOPEZ, MARÍA JOSÉ ZARAPUZ SÁNCHEZ Y ANA GÓMEZ SORIANO 1445
- 299EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE PEDIATRÍA**
JULIA YUSTE GUTIÉRREZ, ESTEFANÍA MERINO CARMONA,
LORENA CANO LOPEZ, MARÍA JOSÉ ZARAPUZ SÁNCHEZ Y ANA GÓMEZ SORIANO 1449
- 300LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS EN PACIENTES CON ÚLCERAS**
PATRICIA LOPEZ MERINO, JUAN CARLOS RECIO
DELGADO-AGUILERA, DAVID GARCÍA RUBIO, DAVINIA GARCÍA
-MORENO ARAQUE Y NURIA GALINDO CASADO 1453
- 301EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA**
LOURDES LILIA HUANQUI CONDORI, RAQUEL TELLO SANZ,
BEATRIZ ANDRÉS GARRIDO, INÉS DEL CONSUELO QUISHPE
CABEZAS Y MABEL TAMARA CATASI HUANQUI 1457
- 302EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA EN LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA: SUS FUNCIONES EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
LOURDES LILIA HUANQUI CONDORI, RAQUEL TELLO SANZ,
BEATRIZ ANDRÉS GARRIDO, INÉS DEL CONSUELO QUISHPE
CABEZAS Y MABEL TAMARA CATASI HUANQUI 1461

- 303EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y SU TRABAJO EN EL
SERVICIO DE HEMATOLOGÍA**
JUAN CARLOS RECIO DELGADO-AGUILERA, PATRICIA LOPEZ
MERINO, DAVID GARCÍA RUBIO, DAVINIA GARCÍA -MORENO
ARAQUE Y NURIA GALINDO CASADO 1465
- 304AISLAMIENTOS HOSPITALARIOS PARA PREVENIR INFECCIONES
NOSOCOMIALES**
NOEMÍ BUSTO MENÉNDEZ 1469
- 305EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN**
COVADONGA NUÑO ALVAREZ 1473
- 306CÓMO HACER UNA CAMA OCUPADA POR PACIENTE QUE
PUEDE GIRAR DE LADO**
LORENA CANALEJO GALLARDO 1477
- 307LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA DURANTE LA REALIZACIÓN DE LA CAMA
DESOCUPADA DEL PACIENTE**
RAQUEL TELLO SANZ, BEATRIZ ANDRÉS GARRIDO, INÉS DEL
CONSUELO QUSHPE CABEZAS, MABEL TAMARA CATASI
HUANQUI Y LOURDES LILIA HUANQUI CONDORI 1483
- 308EL TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE EL
DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA
CRÓNICA (EPOC) EN EL MARCO DE UN EQUIPO
MULTIDISCIPLINAR. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
NOELIA CANAL RAMIREZ Y ROCÍO RAMÍREZ DUEÑAS 1487
- 309EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA
ADMINISTRACIÓN DE LOS ENEMAS**
JOSÉ LUIS CABANES HERNÁNDEZ, MARIA GONZALEZ CORCOLES,
ROSARIO SANTIAGO ESCOBAR, EVA MARIA SANTIAGO ESCOBAR
Y JOSE FRANCISCO SÁNCHEZ MARTÍNEZ 1491

- 310 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA MEDICIÓN DE LA DIURESIS**
JOSÉ LUIS CABANES HERNÁNDEZ, MARIA GONZALEZ CORCOLES,
ROSARIO SANTIAGO ESCOBAR, EVA MARIA SANTIAGO ESCOBAR
Y JOSE FRANCISCO SÁNCHEZ MARTÍNEZ 1495
- 311 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: ACTUACIÓN CON EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO**
JOSÉ LUIS CABANES HERNÁNDEZ, ROSARIO SANTIAGO ESCOBAR,
EVA MARIA SANTIAGO ESCOBAR, MARIA GONZALEZ CORCOLES
Y JOSE FRANCISCO SÁNCHEZ MARTÍNEZ 1499
- 312 FRACTURA DE CADERA EN PACIENTE HOSPITALIZADO Y SUS CUIDADOS**
ELENA MARTINEZ GONZALEZ 1503
- 313 EL PACIENTE CRÓNICO EN FASE TERMINAL POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.**
ESTELA GARCIA MONTES, IRENE CONEJO VALERO, CARMEN DIAZ
ROPERO, MARIANA VACARU Y JAVIER BONILLA GOMEZ 1507
- 314 LOS ADOLESCENTES Y EL TRASTORNO ALIMENTICIO. EL PAPEL QUE JUEGA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA EN SU RECUPERACIÓN.**
IRENE CONEJO VALERO, JAVIER BONILLA GOMEZ, MARIANA
VACARU, CARMEN DIAZ ROPERO Y ESTELA GARCIA MONTES 1511
- 315 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE TRAUMATOLOGÍA: FUNCIONES Y CUIDADOS DEL PACIENTE**
CARMEN DIAZ ROPERO, ESTELA GARCIA MONTES, JAVIER
BONILLA GOMEZ, IRENE CONEJO VALERO Y MARIANA VACARU 1515
- 316 EL TRASTORNO DEL PÁNICO Y APOYO INTEGRAL DEL TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA.**
M BEGOÑA JUNQUERA RODRIGUEZ 1519

- 317 **SERVICIO DE DIGESTIVO: LA COLITIS ULCEROSA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
ANA ISABEL PRIETO GARCIA, MARIA SORAYA FERNANDEZ MARTIN, MERCEDES OLLERO CHAMORRO, RAUL CALZADO PRIETO Y NURIA MARÍA ALONSO CARRASCO 1523
- 318 **FRACTURA DE TIBIA Y PERONÉ. CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) MEDIANTE UN CASO CLÍNICO.**
NURIA MARÍA ALONSO CARRASCO, RAUL CALZADO PRIETO, ANA ISABEL PRIETO GARCIA, MERCEDES OLLERO CHAMORRO Y MARIA SORAYA FERNANDEZ MARTIN 1527
- 319 **LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN EN EL PACIENTE PARAPLEJICO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
MERCEDES OLLERO CHAMORRO, RAUL CALZADO PRIETO, ANA ISABEL PRIETO GARCIA, NURIA MARÍA ALONSO CARRASCO Y MARIA SORAYA FERNANDEZ MARTIN 1531
- 320 **FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA LABOR QUE DESEMPEÑA EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS**
MANUELA SUSANA ALVAREZ ALVAREZ, ANA LOPEZ PEREZ, JESICA FERNÁNDEZ QUEIPO, MONICA RODRIGUEZ FERNANDEZ Y AMAYA CABRERA RUIZ 1535
- 321 **EL PROFESIONAL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON TRAQUEOSTOMÍA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
JESICA FERNÁNDEZ QUEIPO Y AMAYA CABRERA RUIZ 1539
- 322 **EL PROFESIONAL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON TRASPLANTE RENAL: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
AMAYA CABRERA RUIZ 1543

- 323 EL PAPEL VITAL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN INTEGRAL DE PACIENTES EN LA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA**
RAQUEL DE LA CABALLERÍA VIVAR, MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ REINA, CANDIDA TRUJILLO CORONEL, MARIA ISABEL FERNANDEZ MOHEDANO Y MANUEL JESÚS ZAMUDIO NAVARRO 1547
- 324 EL ROL DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LAS URGENCIAS MÉDICAS**
RAQUEL DE LA CABALLERÍA VIVAR, CANDIDA TRUJILLO CORONEL, MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ REINA, MANUEL JESÚS ZAMUDIO NAVARRO Y MARIA ISABEL FERNANDEZ MOHEDANO 1551
- 325 EL ROL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL CUIDADO INTEGRAL DE PACIENTES DIABÉTICOS**
RAQUEL DE LA CABALLERÍA VIVAR, MARIA ISABEL FERNANDEZ MOHEDANO, MANUEL JESÚS ZAMUDIO NAVARRO, MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ REINA Y CANDIDA TRUJILLO CORONEL 1555
- 326 RECOMENDACIONES DESDE EL ÁMBITO DE LA SALUD EN LA PREVENCIÓN PRIMARIA DEL CÁNCER Y SU INCIDENCIA**
SANDRA PEREIRA GARCÍA, LORENA ARECES FERNÁNDEZ, EVANGELINA SUAREZ GARCIA Y ANA BELÉN BERMÚDEZ GUTIÉRREZ 1559
- 327 GUÍA DE TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN LA ENFERMEDAD OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)**
CARLOS GÓMEZ DE OLMEDO CORONA, LAURA DE PABLO MARTÍNEZ, SERGIO MARTÍNEZ GARCÍA, JORGE MARTÍN DÍAZ-GUERRA Y MARIO GARCÍA MARTÍN 1565
- 328 TRATAMIENTO CONSERVADOR FISIOTERÁPICO VS TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN ROTURAS MENISCALES DEGENERATIVAS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
LAURA DE PABLO MARTÍNEZ, SERGIO MARTÍNEZ GARCÍA, JORGE MARTÍN DÍAZ-GUERRA, MARIO GARCÍA MARTÍN Y CARLOS GÓMEZ DE OLMEDO CORONA 1575

329	REALIDAD VIRTUAL EN LA REHABILITACIÓN FISIOTERÁPICA DE PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR BLANCA ESTHER HERRERA CÁRDENAS, MARINA LEYVA ALARCÓN, JOSE ALEXANDER MARTINEZ MARTINEZ Y MARTA BAYO AGUSTÍN	1579
330	FISIOTERAPIA EN EL POSTOPERATORIO HOSPITALARIO TRAS CIRUGÍA DE ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA SANDRA FERRER MARÍN	1583
331	ESCUELA DE ESPALDA COMO TRATAMIENTO PARA EL DOLOR LUMBAR ELENA RAMÍREZ DE ARELLANO PORTUGUÉS, DIEGO MEDINA CRESPO Y JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ-VALDEPEÑAS FERNÁNDEZ	1589
332	FISIOTERAPIA EN EL ENFISEMA PULMONAR AVELINA CUBILLO DE LA CRUZ, JUDIT GALDÓN MÁRQUEZ, PEDRO MANUEL MATEOS APARICIO LÓPEZ MILLA Y GLORIA OTERO CORTIJO	1595
333	FISIOTERAPIA EN LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS GENERALES DEL PACIENTE RESPIRATORIO AVELINA CUBILLO DE LA CRUZ, JUDIT GALDÓN MÁRQUEZ, PEDRO MANUEL MATEOS APARICIO LÓPEZ MILLA Y GLORIA OTERO CORTIJO	1599
334	FISIOTERAPIA EN LA REEDUCACIÓN DEL DIAFRAGMA AVELINA CUBILLO DE LA CRUZ, JUDIT GALDÓN MÁRQUEZ, PEDRO MANUEL MATEOS APARICIO LÓPEZ MILLA Y GLORIA OTERO CORTIJO	1603
335	IMPORTANCIA DE LA FISIOTERAPIA COMO TRATAMIENTO DEL CÓLICO EN EL LACTANTE SERGIO JORQUERA POZANCO	1607

- 336 TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA A TRAVÉS DE LA NEURODINAMIA EN PACIENTES CON POLINEUROPATÍA DIABÉTICA**
SERGIO MARTÍNEZ GARCÍA, CARLOS GÓMEZ DE OLMEDO CORONA, MARIO GARCÍA MARTÍN, LAURA DE PABLO MARTÍNEZ Y JORGE MARTÍN DÍAZ-GUERRA 1611
- 337 EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN FISIOTERÁPICA EN EL ABORDAJE DE LA TORTÍCOLIS MUSCULAR CONGÉNITA**
JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ-VALDEPEÑAS FERNÁNDEZ, ELENA RAMÍREZ DE ARELLANO PORTUGUÉS Y DIEGO MEDINA CRESPO 1615
- 338 EL FISIOTERAPEUTA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTA**
NATALIA MORAL MORAL, SANDRA AGUDO CABAÑAS Y ÁLVARO LÓPEZ CORREDOR 1621
- 339 EFICACIA DE LA FISIOTERAPIA PRECOZ EN PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA**
SANDRA AGUDO CABAÑAS, NATALIA MORAL MORAL Y ÁLVARO LÓPEZ CORREDOR 1627
- 340 EFECTIVIDAD DE LA PUNCIÓN SECA EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR EN LOS PUNTOS GATILLO DEL MASETERO**
JORGE MARTÍN DÍAZ-GUERRA, CARLOS GÓMEZ DE OLMEDO CORONA, MARIO GARCÍA MARTÍN, LAURA DE PABLO MARTÍNEZ Y SERGIO MARTÍNEZ GARCÍA 1631
- 341 COMO INFLUYE POSITIVAMENTE LA FISIOTERAPIA DURANTE EL PROCESO DE POSTPARTO**
CARMEN MARÍA GONZÁLEZ VIJANDE 1637
- 342 CASO CLÍNICO: TRATAMIENTO DEL BRUXISMO MEDIANTE PUNCIÓN SECA EN EL MUSCULO MASETERO EN UNA PACIENTE CON BRUXISMO**
ÁLVARO LÓPEZ CASTELLANO 1641
- 343 FISIOTERAPIA EN LA TENDINOPATÍA LATERAL DE CODO: A PROPÓSITO DE UN CASO**
SANDRA FERRER MARÍN 1649

- 344 TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO TRAS UNA LUXACIÓN
ACROMIOCLAVICULAR IZQUIERDA ROCKWOOD TIPO II EN UN
JUGADOR DE RUGBY
SANDRA FERRER MARÍN 1655
- 345 ABORDAJE INTEGRAL EN EL DOLOR DEL MIEMBRO FANTASMA:
ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA EN AMPUTADOS
CÉSAR FRANCISCO VERDEJO Y MARÍA FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ 1663
- 346 ABORDAJE INTEGRAL DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN LA
TERCERA EDAD
MARÍA FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ Y CÉSAR FRANCISCO VERDEJO 1669
- 347 FUTBOLISTA CON PUBALGIA Y COLITIS
RAQUEL QUIRÓS ÁLVAREZ 1673
- 348 ESCOLIOSIS: DIAGNÓSTICO, CAUSAS, SÍNTOMAS Y
TRATAMIENTO
ADRIÁN ORLANDI TORIELLI 1677
- 349 IMPORTANCIA DEL FISIOTERAPEUTA EN EL POSTPARTO:
DIÁSTASIS ABDOMINAL
MARINA LEYVA ALARCÓN, BLANCA ESTHER HERRERA
CÁRDENAS, JOSE ALEXANDER MARTINEZ MARTINEZ Y MARTA
BAYO AGUSTÍN 1681
- 350 FISIOTERAPIA EN LA RECUPERACIÓN POSTCIRUGÍA DEL
TENDÓN DE AQUILES
MARINA LEYVA ALARCÓN, BLANCA ESTHER HERRERA
CÁRDENAS, JOSE ALEXANDER MARTINEZ MARTINEZ Y MARTA
BAYO AGUSTÍN 1685
- 351 FISIOTERAPIA COMO TRATAMIENTO PARA LA MIGRAÑA
DIEGO MEDINA CRESPO, JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ-VALDEPEÑAS
FERNÁNDEZ Y ELENA RAMÍREZ DE ARELLANO PORTUGUÉS 1689
- 352 EFICACIA DEL EJERCICIO TERAPÉUTICO APLICADO EN
FISIOTERAPIA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL
AMIOTRÓFICA
RAFAEL GUZMÁN ASOLAS Y JOAQUÍN CASAS CARRASCO 1699

- 353¿SON EFICACES LOS EJERCICIOS RESISTIDOS APLICADOS EN FISIOTERAPIA EN PACIENTES CON PÁRKINSON?
RAFAEL GUZMÁN ASOLAS Y JOAQUÍN CASAS CARRASCO 1703
- 354¿ES ÚTIL REALIZAR EJERCICIO TERAPÉUTICO EN FISIOTERAPIA EN PERSONAS QUE PADECEN FIBROSIS QUÍSTICA?
JOAQUÍN CASAS CARRASCO Y RAFAEL GUZMÁN ASOLAS 1707
- 355FISIOTERAPIA EN ROTURA DE SUPRAESPINO
SUSANA PUENTE CANALEJAS, DAVID SIERRA RUIZ, SOFIA LÓPEZ GONZÁLEZ Y MARIA LUCIA EXPOSITO SILLER 1711
- 356FISIOTERAPIA ACUÁTICA PARA MEJORAR EL EQUILIBRIO EN PERSONAS CON EDAD AVANZADA
MANUEL ALBERTO MARTINEZ GARCIA 1715
- 357USO DE ASIENTO PÉLVICO CON ESCAYOLA PARA UN NIÑO CON DIFICULTADES EN EL CONTROL POSTURAL EN LA SEDESTACIÓN
ÁLVARO LÓPEZ CASTELLANO 1725
- 358APARICIÓN DE RESISTENCIA BACTERIANA A LOS ANTIBIÓTICOS: UN PROBLEMA MUNDIAL.
EVA ROCÍO HERNÁNDEZ SÁNCHEZ 1729
- 359MODELO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN CENTROS SOCIOSANITARIOS. APLICACIÓN EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA
CLARA PAULA DE UÑA SANTOS 1735
- 360DIAGNÓSTICO DE LAS ANEMIAS EN EL LABORATORIO CLÍNICO: HERRAMIENTAS Y DESAFÍOS
LUCÍA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, CRISTINA COLLÍA FERNÁNDEZ, ZAIDA RUIZ MARTÍN, ELVIRA GONZALEZ RUIZ Y EVA LLANO SORDO 1739
- 361PREVENCIÓN DE RIESGOS Y PROTECCIÓN DE LA SALUD EN EL ÁMBITO SANITARIO DENTRO DEL LABORATORIO CLÍNICO
CRISTINA COLLÍA FERNÁNDEZ, ELVIRA GONZALEZ RUIZ, LUCÍA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, EVA LLANO SORDO Y ZAIDA RUIZ MARTÍN 1745

362	LA RESONANCIA MAGNÉTICA EN EL ALZHEIMER SANDRA RUBIO ARIAS	1753
363	PREVENCIÓN DEL CONTAGIO DE CONJUNTIVITIS ÚRSULA CANDÁS ÁLVAREZ	1757
364	AUTOCUIDADO Y PREVENCIÓN DEL AGOTAMIENTO DEL PROFESIONAL SANITARIO. ANA MELENDRERAS COVIELLA, ANDREA FERNANDEZ SAIZ Y ÁLVARO FERNÁNDEZ SÁIZ	1761
365	CUIDADO Y PREVENCIÓN DE LESIONES DEL PERSONAL SANITARIO ANA MELENDRERAS COVIELLA, ANDREA FERNANDEZ SAIZ Y ÁLVARO FERNÁNDEZ SÁIZ	1765
366	HISTORIA DE LA MALARIA Y SUS PRUEBAS DE LABORATORIO MÓNICA SEVILLA GARCÍA-MONTIEL	1769
367	LA CANDIDIASIS VAGINAL MARIA AMPARO FUXET AGUILAR, M ^a MONTSERRAT GABIA RABANO, ESTEFANIA GARCIA ZAPICO, ANA MARÍA BERDIALES PASCUAL Y OLAYA FALCÓN GARCÍA	1775
368	EL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y LAS TÉCNICAS RADIOGRÁFICAS DE LA VIA BILIAR MARÍA LUZ SENDARRUBIAS MUÑOZ, ROCIO GARCIA HEREDIA, KAREN MILENA MOLINA DAGUER Y LAURA BARRIGA CALLE	1779
369	EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y LA REALIZACIÓN DE BIOPSIA DE HÍGADO A TRAVÉS DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS MARÍA LUZ SENDARRUBIAS MUÑOZ, ROCIO GARCIA HEREDIA, KAREN MILENA MOLINA DAGUER Y LAURA BARRIGA CALLE	1787
370	EL PAPEL DEL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN PRUEBA DE ORTOPANTOMOGRFÍA MARÍA LUZ SENDARRUBIAS MUÑOZ, ROCIO GARCIA HEREDIA, KAREN MILENA MOLINA DAGUER Y LAURA BARRIGA CALLE	1791

- 371 INFECCIÓN FÚNGICA SISTÉMICA O PROFUNDA**
MARTA CRUZ QUESADA, INÉS SANCHEZ DE ROJAS DE PEDRO,
VANESSA SERRANO LOMA, CRISTINA ARÉVALO MAÑAS Y
ÁNGELA ESCRIBANO CUARTEROS 1795
- 372 DETECCIÓN DEL ANTÍGENO DE HELICOBACTER PYLORI EN EL
LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA**
MANUEL MUÑOZ REDONDO, SELENE HERVÁS CODES, ALBA
HERNÁNDEZ PEREA, ISABEL FERNÁNDEZ PECES Y NOELIA
CARRERO DEL FRESNO 1801
- 373 PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL ÁMBITO
SANITARIO**
TAMARA ESTUDILLOS IGLESIAS 1805
- 374 PAPEL DEL TÉCNICO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA Y LOS
RIESGOS EN LA SALA DE AUTOPSIAS**
MARI CRUZ INCERTIS MARTÍNEZ, JULIÁN DEL OLMO MORENO
ARRONES, FÁTIMA UCENDO QUINTANAR, MARÍA MORENO
PALOMINO Y ROSA MARÍA CAMUÑAS IMEDIO 1811
- 375 PAPEL DEL TÉCNICO EN ANATOMÍA PATOLÓGICA EN LA
IMPORTANCIA DE LA DETECCIÓN DEL VIRUS DEL PAPILOMA
HUMANO**
MARI CRUZ INCERTIS MARTÍNEZ, JULIÁN DEL OLMO MORENO
ARRONES, MARÍA MORENO PALOMINO, FÁTIMA UCENDO
QUINTANAR Y ROSA MARÍA CAMUÑAS IMEDIO 1817
- 376 PAPEL DEL TÉCNICO EN ANATOMÍA PATOLÓGICA EN LA
CITOLOGÍA GINECOLÓGICA**
MARI CRUZ INCERTIS MARTÍNEZ, JULIÁN DEL OLMO MORENO
ARRONES, MARÍA MORENO PALOMINO, FÁTIMA UCENDO
QUINTANAR Y ROSA MARÍA CAMUÑAS IMEDIO 1821
- 377 EL TÉCNICO SUPERIOR DE LABORATORIO EN LA CORRECTA LA
RECOGIDA DE MUESTRAS**
ELENA SAAVEDRA GALLEGU, MARÍA DE LOS ÁNGELES RUIZ DE
TORO, ANGELA LEÓN DÍAZ, FRANCISCA CÁCERES MARTÍNEZ Y
MARÍA DE LOS ÁNGELES CARMONA HERNÁNDEZ 1825

- 378 EL TÉCNICO SUPERIOR DE LABORATORIO EN EL PROCESO DEL
DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DEL COLON**
ELENA SAAVEDRA GALLEGO, MARÍA DE LOS ÁNGELES RUIZ DE
TORO, ANGELA LEÓN DÍAZ, FRANCISCA CÁCERES MARTÍNEZ Y
MARÍA DE LOS ÁNGELES CARMONA HERNÁNDEZ 1829
- 379 EL TÉCNICO SUPERIOR DE LABORATORIO EN EL LABORATORIO
DE MICROBIOLOGÍA**
MARÍA DE LOS ÁNGELES RUIZ DE TORO, ANGELA LEÓN DÍAZ,
FRANCISCA CÁCERES MARTÍNEZ, MARÍA DE LOS ÁNGELES
CARMONA HERNÁNDEZ Y ELENA SAAVEDRA GALLEGO 1833
- 380 ANEMIA FERROPÉNICA EN EL EMBARAZO.**
MARTA CRUZ QUESADA, VANESSA SERRANO LOMA, CRISTINA
ARÉVALO MAÑAS, ÁNGELA ESCRIBANO CUARTEROS Y INÉS
SANCHEZ DE ROJAS DE PEDRO 1841
- 381 FIBROADENOMA DE MAMA: PRUEBAS DE DETECCIÓN
RADIOLÓGICA**
OLVIDO VÁZQUEZ DÍAZ 1845
- 382 EL SÍNDROME DE BURNOUT EN CENTROS SANITARIOS**
ALBA GARCÍA PÉREZ 1849
- 383 DETECCIÓN DEL ANTÍGENO DE ROTAVIRUS Y ADENOVIRUS**
SELENE HERVÁS CODES, MANUEL MUÑOZ REDONDO, ISABEL
FERNÁNDEZ PECES, NOELIA CARRERO DEL FRESNO Y ALBA
HERNÁNDEZ PEREA 1853
- 384 EL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN LA
DETECCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA**
ADRIÁN GONZÁLEZ CEPEDAL 1857
- 385 FUNCIÓN DEL TÉCNICO RADIODIAGNÓSTICO EN RESONANCIA
MAGNÉTICA EN MIEMBROS INFERIORES**
FRANCISCO JOSÉ SERREJÓN LÓPEZ, PAÚL FIDALGO FIDALGO,
FRANCISCO ANTONIO GIL ARJONA Y ROSA MARIA PÉREZ
BLANCO 1861

- 386EXPLORACIÓN RADIOLÓGICA DEL APARATO URINARIO.
TAREAS DEL TÉCNICO RADIODIAGNÓSTICO**
FRANCISCO JOSÉ SERREJÓN LÓPEZ, PAÚL FIDALGO FIDALGO,
FRANCISCO ANTONIO GIL ARJONA Y ROSA MARIA PÉREZ
BLANCO 1865
- 387TELERRADIOGRAFÍA DE COLUMNA, FUNCIONES DEL TÉCNICO
EN RADIODIAGNÓSTICO**
FRANCISCO JOSÉ SERREJÓN LÓPEZ, PAÚL FIDALGO FIDALGO,
FRANCISCO ANTONIO GIL ARJONA Y ROSA MARIA PÉREZ
BLANCO 1871
- 388PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES NOSOCOMIALES EN EL
ÁMBITO SANITARIO**
TAMARA ESTUDILLOS IGLESIAS 1877
- 389TÉCNICO EN ANATOMÍA PATOLÓGICA DENTRO DEL BIOBANCO**
MARTA VILLA VILLAHERMOSA, MARÍA DOLORES MARTÍNEZ
TORRES, RUBÉN VELA VELA, ROSA MARÍA TINAJO OLMEDO Y
BEATRIZ HERRANZ DEL OLMO 1883
- 390EL TÉCNICO DE ANATOMIA PATOLÓGICA Y SUS FUNCIONES
CON LAS MUESTRAS DE LAS CITOLOGÍAS GINECOLÓGICAS**
MARTA VILLA VILLAHERMOSA, MARÍA DOLORES MARTÍNEZ
TORRES, RUBÉN VELA VELA, ROSA MARÍA TINAJO OLMEDO Y
BEATRIZ HERRANZ DEL OLMO 1887
- 391FORMA DE IDENTIFICAR LAS FIBRAS MADURAS DE COLÁGENO
POR PARTE DEL EQUIPO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA**
MARTA VILLA VILLAHERMOSA, MARÍA DOLORES MARTÍNEZ
TORRES, RUBÉN VELA VELA, ROSA MARÍA TINAJO OLMEDO Y
BEATRIZ HERRANZ DEL OLMO 1891
- 392EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y EL ESTUDIO DE LA
ALTERACIÓN LEUCOCITARIA: DIAGNÓSTICO**
ISABEL DELGADO GONZALEZ, ISAAC JAVIER LORENZO GARCÍA,
CRISTINA ALARCÓN CÁMARA, ANTONIO JESÚS ROJAS
BARRIONUEVO Y EVELIA CUÉLLAR MERINO 1895

- 393** **PROTOCOLO CLÍNICO EN FARINGOAMIGDALITIS.**
MARTA CRUZ QUESADA, VANESSA SERRANO LOMA, CRISTINA
ARÉVALO MAÑAS, ÁNGELA ESCRIBANO CUARTEROS Y INÉS
SANCHEZ DE ROJAS DE PEDRO 1901
- 394** **EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y EL SÍNDROME
ANTIFOSFOLÍPIDO**
ISABEL DELGADO GONZALEZ, ISAAC JAVIER LORENZO GARCÍA,
CRISTINA ALARCÓN CÁMARA, ANTONIO JESÚS ROJAS
BARRIONUEVO Y EVELIA CUÉLLAR MERINO 1905
- 395** **EL HIGIENISTA DENTAL ANTE LA PREVENCIÓN DE LA
PERIODONTITIS**
GEMMA SANCHEZ LOPEZ, FÁTIMA LÓPEZ GONZÁLEZ, SONIA
GUIJARRO MORENO, NEREIDA CABEZAS BELTRÁN Y FRANCISCA
GONZÁLEZ BLESÁ 1909
- 396** **EL TÉCNICO DE LABORATORIO EN EL BANCO DE SANGRE.
COMPATIBILIDAD SANGUÍNEA**
ALBA HERNÁNDEZ PEREA, ISABEL FERNÁNDEZ PECES, SELENE
HERVÁS CODES, MANUEL MUÑOZ REDONDO Y NOELIA CARRERO
DEL FRESNO 1915
- 397** **IMPORTANCIA DE LOS MARCADORES TUMORALES EN EL
LABORATORIO.**
ESTEFANIA GARCIA ZAPICO, MARIA AMPARO FUXET AGUILAR,
M^a MONTSERRAT GABIA RABANO, ANA MARÍA BERDIALES
PASCUAL Y OLAYA FALCÓN GARCÍA 1919
- 398** **EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y HEMOCULTIVOS: PARA QUÉ SE
UTILIZAN**
ISABEL DELGADO GONZALEZ, ISAAC JAVIER LORENZO GARCÍA,
CRISTINA ALARCÓN CÁMARA, ANTONIO JESÚS ROJAS
BARRIONUEVO Y EVELIA CUÉLLAR MERINO 1923

- 399 TIPOS DE CONTRASTES USADOS POR EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA DIAGNÓSTICO (TSID) EN RADIOLOGÍA**
ROCIO MALDONADO MOLINA, JUAN MARTORELL SANCHEZ, JOSÉ LUIS NEVADO MORENO, ROSA MARÍA LÓPEZ SÁNCHEZ Y ANDREA ARENAS VILLALTA 1929
- 400 EL TÉCNICO DE RAYOS Y LAS INDICACIONES DE IMAGEN DE PATOLOGÍAS INFECCIOSAS DE LAS VÍAS URINARIAS**
ROCIO MALDONADO MOLINA, JUAN MARTORELL SANCHEZ, JOSÉ LUIS NEVADO MORENO, ROSA MARÍA LÓPEZ SÁNCHEZ Y ANDREA ARENAS VILLALTA 1935
- 401 TÉCNICO DE RAYOS Y LAS FUNCIONES DE LA RADIOLOGÍA PORTÁTIL**
JUAN MARTORELL SANCHEZ, JOSÉ LUIS NEVADO MORENO, ROSA MARÍA LÓPEZ SÁNCHEZ, ANDREA ARENAS VILLALTA Y ROCIO MALDONADO MOLINA 1939
- 402 EL PAPEL DEL TÉCNICO DE RAYOS EN EL SERVICIO DE QUIRÓFANO**
SERGIO FERNÁNDEZ-BALBUENA FERNÁNDEZ, ABEL MANUEL JIMÉNEZ CRUZ, MARTA LADERA ROJAS, ANA BELÉN RAYO OJEDA Y BEATRIZ DEL PINO FERNÁNDEZ 1943
- 403 PROYECCIONES DE HOMBRO Y CLAVÍCULA EN URGENCIAS QUE EL TÉCNICO DE RAYOS DEBE CONOCER**
SERGIO FERNÁNDEZ-BALBUENA FERNÁNDEZ, ABEL MANUEL JIMÉNEZ CRUZ, MARTA LADERA ROJAS, ANA BELÉN RAYO OJEDA Y BEATRIZ DEL PINO FERNÁNDEZ 1949
- 404 FUNCIONES DEL TÉCNICO DE RAYOS EN CÁNCER DE MAMA EN HOMBRES**
LAURA VIVANCOS RODADO, PATRICIA CELAYA ORFILA, SALVADOR ANSON RODRÍGUEZ, LAURA GARCÍA OLANO Y CORAL ROMERAL VERA 1955

- 405 FUNCIONES DEL TÉCNICO DE RAYOS EN LA REALIZACIÓN DE UNA ECOGRAFÍA MÚSCULOESQUELÉTICA**
LAURA VIVANCOS RODADO, PATRICIA CELAYA ORFILA,
SALVADOR ANSON RODRÍGUEZ, LAURA GARCÍA OLANO Y CORAL ROMERAL VERA 1959
- 406 FUNCIONES DEL TÉCNICO DE RAYOS EN LA REALIZACIÓN DE UNA ECOGRAFÍA ABDOMINAL**
LAURA VIVANCOS RODADO, PATRICIA CELAYA ORFILA,
SALVADOR ANSON RODRÍGUEZ, LAURA GARCÍA OLANO Y CORAL ROMERAL VERA 1963
- 407 RADIOLOGÍA PEDIÁTRICA Y EL TÉCNICO DE RAYOS**
SERGIO FERNÁNDEZ-BALBUENA FERNÁNDEZ, ABEL MANUEL JIMÉNEZ CRUZ, MARTA LADERA ROJAS, ANA BELÉN RAYO OJEDA Y BEATRIZ DEL PINO FERNÁNDEZ 1967
- 408 FORMACIÓN DEL TÉCNICO DE LABORATORIO EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS ENTERITIS BACTERIANAS MEDIANTE EL COPROCULTIVO**
VICTORIA AGUDO SANCHEZ, YOLANDA MANSILLA FUNEZ Y MARÍA VIRGINIA LÓPEZ RODRÍGUEZ 1973
- 409 PRINCIPALES PROCESOS INFECCIOSOS DE VÍAS RESPIRATORIAS Y LA INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO DE LABORATORIO EN SU DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO**
VICTORIA AGUDO SANCHEZ, MARÍA VIRGINIA LÓPEZ RODRÍGUEZ Y YOLANDA MANSILLA FUNEZ 1977
- 410 EL PAPEL DEL TÉCNICO DE LABORATORIO EN EL UROCULTIVO PARA EL DIAGNÓSTICO DE LAS INFECCIONES DE LAS VÍAS URINARIAS**
VICTORIA AGUDO SANCHEZ, YOLANDA MANSILLA FUNEZ Y MARÍA VIRGINIA LÓPEZ RODRÍGUEZ 1981
- 411 RESONANCIA MÁGNETICA FETAL**
CLAUDIA BUJÁN GRANADOS, ALICIA BALLESTEROS AMORES, ALBA BRISA RAMÍREZ, MARIA PANIZO CORCHERO Y TAMARA RUIZ MADEJON 1985

- 412 INFORMÁTICA BIOMÉDICA**
MARIO PICAZO GALLEGO 1991
- 413 VISUALIZACIÓN DEL BEBÉ Y SU ESTADO MEDIANTE LA ECOGRAFÍA**
ROCÍO MORALES PINAR, ROCÍO LÓPEZ JESÚS, MARTA MONTERO DIAZ, JENNIFER SALCEDO LOZANO Y CARMEN MARÍN FLORES 1995
- 414 VALORACIÓN DEL COLESTEATOMA MEDIANTE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA Y RESONANCIA MAGNÉTICA**
ROCÍO LÓPEZ JESÚS, MARTA MONTERO DIAZ, JENNIFER SALCEDO LOZANO, ROCÍO MORALES PINAR Y CARMEN MARÍN FLORES 1999
- 415 EL HIGIENISTA DENTAL ANTE EL TRATAMIENTO DE LA HALITOSIS EN ATENCIÓN PRIMARIA**
GEMMA SANCHEZ LOPEZ, FRANCISCA GONZÁLEZ BLESÁ, NEREIDA CABEZAS BELTRÁN, SONIA GUIJARRO MORENO Y FÁTIMA LÓPEZ GONZÁLEZ 2003
- 416 EL PAPEL DIAGNÓSTICO DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO (TSID) EN LA REALIZACIÓN DE LAS PROYECCIONES ALAR Y OBTURATRIZ.**
BEATRIZ NÚÑEZ RUBIO, MARTA TIRADO MORENO Y LAURA HERREROS JEREZ 2007
- 417 IMPORTANCIA DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN LA REALIZACIÓN DE ESTUDIO DENTAL CON ORTOPANTOMOGRAFÍA**
LAURA HERREROS JEREZ, MARTA TIRADO MORENO Y BEATRIZ NÚÑEZ RUBIO 2011
- 418 LOS DIVERTÍCULOS. SU DIAGNÓSTICO A TRAVÉS DE LA TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA (TAC)**
MARTA MONTERO DIAZ, ROCÍO LÓPEZ JESÚS, JENNIFER SALCEDO LOZANO, ROCÍO MORALES PINAR Y CARMEN MARÍN FLORES 2015

- 419 CLASIFICACIÓN DE LOS MEDIOS DE CONTRASTE UTILIZADOS EN LA RESONANCIA MAGNÉTICA: EFECTOS ADVERSOS Y PRINCIPALES INDICACIONES**
BÁRBARA PERIANES MENDOZA, JULIA CASANUEVA ORIA, MIRIAM FONT ALONSO, ANA LUISA MORA VICARIO Y MARTA COGOLLUDO GONZÁLEZ
2021
- 420 EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y LOS MARCADORES TUMORALES EN LA BIOQUÍMICA DEL CÁNCER**
ALBERTO GUERRERO SÁNCHEZ, ALEJANDRO RAMOS FAJARDO, MARIO BLANCO NEPOMUCENO, ESTHER PEREZ CORCOLES Y MARÍA ELISA ROMERO CORTÉS
2029
- 421 EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y LA UTILIDAD CLÍNICA DE LA MONITORIZACIÓN DE LAS CONCENTRACIONES DE FÁRMACOS EN SANGRE**
ALBERTO GUERRERO SÁNCHEZ, ALEJANDRO RAMOS FAJARDO, MARIO BLANCO NEPOMUCENO, ESTHER PEREZ CORCOLES Y MARÍA ELISA ROMERO CORTÉS
2037
- 422 RADIOGRAFÍA DE SENOS PARANASALES. LA IMPORTANCIA DEL TÉCNICO DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN UN BUEN DIAGNÓSTICO**
MARTA TIRADO MORENO, LAURA HERREROS JEREZ Y BEATRIZ NÚÑEZ RUBIO
2043
- 423 ESTUDIO DEL TRACTO GASTROINTESTINAL A TRAVÉS DE LA IMAGEN DE LA COLONOSCOPIA VIRTUAL**
ALICIA BALLESTEROS AMORES, CLAUDIA BUJÁN GRANADOS, MARIA PANIZO CORCHERO, TAMARA RUIZ MADEJON Y ALBA BRISA RAMÍREZ
2047
- 424 FUNCIONES Y ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN RADIODIAGNÓSTICO EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA CON PACIENTES POLITRAUMATIZADOS**
JULIA CASANUEVA ORIA, BÁRBARA PERIANES MENDOZA, MIRIAM FONT ALONSO, ANA LUISA MORA VICARIO Y MARTA COGOLLUDO GONZÁLEZ
2053

- 425EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y LA EXPLORACIÓN
BIOQUÍMICA EN EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE LOS
TRANSTORNOS PANCREÁTICOS**
ALBERTO GUERRERO SÁNCHEZ, ALEJANDRO RAMOS FAJARDO,
MARIO BLANCO NEPOMUCENO, ESTHER PEREZ CORCOLES Y
MARÍA ELISA ROMERO CORTÉS 2059
- 426TUMOR DE COLON. LA IMPORTANCIA DEL TÉCNICO SUPERIOR
EN RADIOTERAPIA Y DOSIMETRIA EN EL TRATAMIENTO CON
RADIOTERAPIA**
SARAY HERVÁS COTA, MARÍA DEL AMOR LÓPEZ ROSALES Y
PABLO GÓMEZ HERRERO 2065
- 427ESTUDIO DE CUERPO ENTERO EN RESONANCIA MAGNÉTICA**
MIRIAM FONT ALONSO, BÁRBARA PERIANES MENDOZA, JULIA
CASANUEVA ORIA, ANA LUISA MORA VICARIO Y MARTA
COGOLLUDO GONZÁLEZ 2069
- 428FRACTURA SUPRACONDÍLEA DE CODO EN PACIENTE
PEDIÁTRICO**
CARMEN MARÍN FLORES, ROCÍO MORALES PINAR, ROCÍO LÓPEZ
JESÚS, MARTA MONTERO DIAZ Y JENNIFER SALCEDO LOZANO 2073
- 429ENFERMEDADES PROFESIONALES DE LOS TRABAJADORES EN EL
SECTOR DE LA SALUD**
MIRIAN EUSEBIO SANCHEZ, MARÍA PAZ DÍAZ RODRÍGUEZ, MARÍA
ANTONIA ALVAREZ COTES Y JOSE RAMÓN LÓPEZ GARCÍA 2077
- 430VENTAJAS DE LA RADIOLOGÍA DIGITAL FRENTE A LA
ANALÓGICA**
TAMARA RUIZ MADEJON, CLAUDIA BUJÁN GRANADOS, MARIA
PANIZO CORCHERO, ALBA BRISA RAMÍREZ Y ALICIA
BALLESTEROS AMORES 2089
- 431LA IMPORTANCIA DE LA MEDICINA PREVENTIVA EN EL SECTOR
DE LA SALUD**
MARÍA PAZ DÍAZ RODRÍGUEZ, MARÍA ANTONIA ALVAREZ COTES,
JOSE RAMÓN LÓPEZ GARCÍA Y MIRIAN EUSEBIO SANCHEZ 2093

- 432 ORTOPANTOMOGRFÍA: ODONTOLOGÍA DIGITAL**
ANA LUISA MORA VICARIO, JULIA CASANUEVA ORIA, BÁRBARA PERIANES MENDOZA, MIRIAM FONT ALONSO Y MARTA COGOLLUDO GONZÁLEZ 2099
- 433 DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA POR RESONANCIA MAGNÉTICA**
MARTA COGOLLUDO GONZÁLEZ, BÁRBARA PERIANES MENDOZA, JULIA CASANUEVA ORIA, MIRIAM FONT ALONSO Y ANA LUISA MORA VICARIO 2105
- 434 HEPATOCARCINOMA: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO**
JENNIFER SALCEDO LOZANO, ROCÍO LÓPEZ JESÚS, MARTA MONTERO DIAZ, ROCÍO MORALES PINAR Y CARMEN MARÍN FLORES 2109
- 435 UROGRAFÍA Y URO-TAC (TOMOGRFÍA AXIAL COMPUTARIZADA): TÉCNICAS, APLICACIONES E INDICACIONES PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ**
MARIA PANIZO CORCHERO, ALBA BRISA RAMÍREZ, ALICIA BALLESTEROS AMORES, CLAUDIA BUJÁN GRANADOS Y TAMARA RUIZ MADEJON 2117
- 436 EFECTOS SECUNDARIOS DE LA RADIOTERAPIA, TODO LO QUE UN TÉCNICO SUPERIOR EN RADIOTERAPIA Y DOSIMETRÍA DEBE SABER.**
MARÍA DEL AMOR LÓPEZ ROSALES, SARAY HERVÁS COTA Y PABLO GÓMEZ HERRERO 2123
- 437 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN RADIOTERAPIA Y DOSIMETRÍA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LOS FAMILIARES DURANTE EL TRATAMIENTO.**
PABLO GÓMEZ HERRERO, SARAY HERVÁS COTA Y MARÍA DEL AMOR LÓPEZ ROSALES 2127
- 438 APLICACIONES DE LA SPECT/CT EN EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES CARDÍACAS POR EL TECNICO SUPERIOR SANITARIO EN MEDICINA NUCLEAR**
DANIEL DE LUCA NEGRETE 2131

439	EL HIGIENISTA DENTAL Y LA IMPORTANCIA DE SU LABOR EN LA PREVENCIÓN GEMMA SANCHEZ LOPEZ, FÁTIMA LÓPEZ GONZÁLEZ, SONIA GUIJARRO MORENO, NEREIDA CABEZAS BELTRÁN Y FRANCISCA GONZÁLEZ BLESA	2135
440	EL CÁNCER DE HÍGADO Y LA IMPORTANCIA DE LAS PRUEBAS DE IMAGEN PARA SU DIAGNÓSTICO.EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR ANTONIO PÉREZ LOZANO	2139
441	HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA SONIA RODRIGUEZ ESTRADA	2143
442	TÉCNICO ESPECIALISTA DE LABORATORIO: TINCIÓN DE ESPORAS MARÍA DOLORES CASASEMPERE GARCÉS	2147
443	EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) EN HOSPITALIZACIÓN NAROA MARIA VILLANUEVA LOPEZ Y LORENA COBO GONZÁLEZ	2155
444	EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN ESTERILIZACIÓN HOSPITALARIA NAROA MARIA VILLANUEVA LOPEZ Y LORENA COBO GONZÁLEZ	2159
445	EDEMA AGUDO DEL PULMÓN. NURIA FERNÁNDEZ PARRA Y PEDRO PEREZ LOPEZ	2163
446	LAS TINCIONES QUE SE UTILIZAN EN EL LABORATORIO DE HEMATOLOGÍA Y EL PAPEL DE TÉCNICO SUPERIOR DE LABORATORIO TAMARA CABO MARTÍNEZ	2167

447	COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE): UTILIDADES E INDICACIONES PARA PACIENTES CON COLEDOLITIASIS ALBA BRISA RAMÍREZ, ALICIA BALLESTEROS AMORES, CLAUDIA BUJÁN GRANADOS, MARIA PANIZO CORCHERO Y TAMARA RUIZ MADEJON	2173
448	EL LABORATORIO CLÍNICO EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS MENTALES MARIA LOPEZ HERRERO	2177
449	LOS EQUIPOS EN RADIOLOGÍA CONVENCIONAL SANDRA BLÁZQUEZ CABALLERO, BEATRIZ MURILLO MUÑOZ Y JOSE ANTONIO CAYUELA PEÑALTA	2183
450	ELEMENTOS Y FUNCIONAMIENTO DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA JOSE ANTONIO CAYUELA PEÑALTA, SANDRA BLÁZQUEZ CABALLERO Y BEATRIZ MURILLO MUÑOZ	2187
451	FORMACIÓN DEL TÉCNICO EN CALIDAD DE IMAGEN DE LA ECOGRAFÍA Y SUS FACTORES JOSE ANTONIO CAYUELA PEÑALTA, BEATRIZ MURILLO MUÑOZ Y SANDRA BLÁZQUEZ CABALLERO	2191
452	FUNCIONES DEL TÉCNICO DE RADIODIAGNÓSTICO EN EL HOSPITAL LAURA PIÑERA SAN JUAN	2195
453	MEDIDAS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA AL PACIENTE EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA. EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO VERONICA POZO ALCAIDE	2199
454	EL TÉCNICO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA Y LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA MARÍA DE LOS LLANOS TURÉGANO ROMERO Y ISABEL PONTÓN ALLENDE	2203

455	EL PERSONAL TÉCNICO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA EN EL BIOBANCO. ISABEL PONTÓN ALLENDE Y MARÍA DE LOS LLANOS TURÉGAÑO ROMERO	2207
456	LAS FUNCIONES QUE DESEMPEÑA EL HIGIENISTA DENTAL ANTE LA CIRUGÍA DE IMPLANTES. DÉBORA MOYA ROGER	2211
457	EL PERSONAL DE HIGIENISTA DENTAL EN CUANTO A LA EXPOSICIÓN A LOS PATÓGENOS TRANSMITIDOS POR LA SANGRE REVISION BIBLIOGRAFICA ANA ESPERANZA MORCILLO ANTÓN Y DÉBORA MOYA ROGER	2215
458	ELEMENTOS BÁSICOS DE LA FLUOROSCOPIA Y SU FUNCIONAMIENTO MARTA GARCÍA SÁNCHEZ, LAURA CALERO SÁNCHEZ, NOELIA GONZÁLEZ-MOHÍNO SOLÍS Y LORENA LOPEZ SÁEZ	2219
459	EL EQUIPO Y LA TÉCNICA DE MAMOGRAFÍA MARTA GARCÍA SÁNCHEZ, LORENA LOPEZ SÁEZ, NOELIA GONZÁLEZ-MOHÍNO SOLÍS Y LAURA CALERO SÁNCHEZ	2223
460	EL EQUIPO DE RESONANCIA MAGNÉTICA Y LA SEGURIDAD MARTA GARCÍA SÁNCHEZ, LAURA CALERO SÁNCHEZ, NOELIA GONZÁLEZ-MOHÍNO SOLÍS Y LORENA LOPEZ SÁEZ	2227
461	TÉCNICAS DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN DE USO FRECUENTE POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) Y EL HIGIENISTA BUCODENTAL EN LA CLÍNICA DENTAL. ANA LOPEZ PEREZ Y DÉBORA MOYA ROGER	2231
462	EL CORONAVIRUS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO MELISSA VEGA GARCIA	2235
463	LA EMPATÍA DEL TÉCNICO DE RAYOS CON EL PACIENTE HOSPITALIZADO MELISSA VEGA GARCIA	2239

464	GESTIÓN DE LOS RESIDUOS SANITARIOS	
	MELISSA VEGA GARCIA	2243
465	LA DOSIMETRÍA PERSONAL	
	MELISSA VEGA GARCIA	2247
466	LAS CAIDAS EN PACIENTES HOPITALIZADOS, SEGURIDAD Y PREVENCIÓN	
	MELISSA VEGA GARCIA	2251
467	PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES	
	VALERY MENÉNDEZ VÁZQUEZ	2255
468	SEGURIDAD ELÉCTRICA EN HOSPITALES: MEJORES PRÁCTICAS	
	GUILLERMO LÓPEZ MONTEAGUDO, MIGUEL DÍAZ HERNÁNDEZ, JOSÉ LUIS GARCÍA BLÁZQUEZ, FCO JAVIER LÓPEZ NAVARRO Y CARLOS GARCÍA OLIVAS	2259
469	AUTOMATIZACIÓN DE SISTEMAS ELÉCTRICOS EN HOSPITALES	
	GUILLERMO LÓPEZ MONTEAGUDO, MIGUEL DÍAZ HERNÁNDEZ, JOSÉ LUIS GARCÍA BLÁZQUEZ, FCO JAVIER LÓPEZ NAVARRO Y CARLOS GARCÍA OLIVAS	2265
470	TECNOLOGÍAS EMERGENTES EN ELECTRICIDAD PARA HOSPITALES	
	GUILLERMO LÓPEZ MONTEAGUDO, MIGUEL DÍAZ HERNÁNDEZ, JOSÉ LUIS GARCÍA BLÁZQUEZ, FCO JAVIER LÓPEZ NAVARRO Y CARLOS GARCÍA OLIVAS	2273
471	FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE LENCERÍA	
	ISABEL GARRIDO MANZANARES, LAURA NAVARRO BALLESTEROS, ADRIANA NAVARRO BALLESTEROS, MARIA TERESA BARRILERO VILLAFRANCA Y JESÚS GARCÍA BARRANCO	2281
472	COMPETENCIAS Y ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE ARCHIVO	
	ISABEL GARRIDO MANZANARES, LAURA NAVARRO BALLESTEROS, ADRIANA NAVARRO BALLESTEROS, MARIA TERESA BARRILERO VILLAFRANCA Y JESÚS GARCÍA BARRANCO	2285

- 473 FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL CELADOR EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA: CENTROS DE SALUD**
ISABEL GARRIDO MANZANARES, LAURA NAVARRO BALLESTEROS,
ADRIANA NAVARRO BALLESTEROS, MARIA TERESA BARRILERO
VILLAFRANCA Y JESÚS GARCÍA BARRANCO 2291
- 474 ACTUACIÓN DEL CELADOR CON EL PACIENTE TERMINAL Y FALLECIDO**
CARLOS MARTÍNEZ NAVARRO, MARÍA JOSÉ LOPEZ GARCÍA, IRINA
KOSTOVA SEMOVA-PETKOVA, SERGIO RUBIO PLANCHAS Y
INMACULADA CARO CORDERO 2297
- 475 EL PAPEL DEL CELADOR EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS. FUNCIONES GENERALES**
CARLOS MARTÍNEZ NAVARRO, MARÍA JOSÉ LOPEZ GARCÍA, IRINA
KOSTOVA SEMOVA-PETKOVA, SERGIO RUBIO PLANCHAS Y
INMACULADA CARO CORDERO 2301
- 476 EL CELADOR Y LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES NOSOCOMIALES**
CARLOS MARTÍNEZ NAVARRO, MARÍA JOSÉ LOPEZ GARCÍA, IRINA
KOSTOVA SEMOVA-PETKOVA, SERGIO RUBIO PLANCHAS Y
INMACULADA CARO CORDERO 2305
- 477 EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN ÁREAS DE PEDIATRÍA**
SANDRA QUINTANILLA BALLESTEROS, IVAN CONTRERAS
MARTÍNEZ, MACARENA GARCÍA POVEDA, ARMANDO DE LAS
HERAS AYUSO Y MILAGROS SAIZ BELINCHON 2309
- 478 EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN LA SALA DE AUTOPSIAS**
MACARENA GARCÍA POVEDA, SANDRA QUINTANILLA
BALLESTEROS, IVAN CONTRERAS MARTÍNEZ, MILAGROS SAIZ
BELINCHON Y ARMANDO DE LAS HERAS AYUSO 2313
- 479 SÍNDROME DE BUTNOUT EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO**
MARIA DE LOS ANGELES MARTINEZ GONZALEZ, RAQUEL GARCIA
ALFARO, ISABEL MARÍA MARTÍNEZ GÓMEZ, ISABEL BAÑOL
MONTROYA Y ALICIA CAÑADAS RIVAS 2317

- 480PAUTAS DE PROTECCIÓN DE DATOS PARA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL CENTRO SANITARIO
MARIA DE LOS ANGELES MARTINEZ GONZALEZ, RAQUEL GARCIA ALFARO, ISABEL MARÍA MARTÍNEZ GÓMEZ, ISABEL BAÑOL MONTOYA Y ALICIA CAÑADAS RIVAS 2321
- 481EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA ATENCIÓN TELEFÓNICA
MARIA DE LOS ANGELES MARTINEZ GONZALEZ, RAQUEL GARCIA ALFARO, ISABEL MARÍA MARTÍNEZ GÓMEZ, ISABEL BAÑOL MONTOYA Y ALICIA CAÑADAS RIVAS 2325
- 482EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL PROCESO DEL REGISTRO DE LOS RECIEN NACIDOS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS
INMACULADA CONCEPCION PEÑALVER SAEZ, ANA ISABEL GARCIA PEÑALVO, FERNANDA FERNANDEZ RIVERA, ANA MARÍA TENO MÁRQUEZ Y PILAR GARCIA_{VILLARACOBUE}NDIA 2329
- 483EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES EN LA UNIDAD DE PEDIATRÍA
INMACULADA CONCEPCION PEÑALVER SAEZ, ANA ISABEL GARCIA PEÑALVO, FERNANDA FERNANDEZ RIVERA, ANA MARÍA TENO MÁRQUEZ Y PILAR GARCIA_{VILLARACOBUE}NDIA 2333
- 484ATENCIÓN TELEFÓNICA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS
PILAR GARCIA_{VILLARACOBUE}NDIA, INMACULADA CONCEPCION PEÑALVER SAEZ, ANA ISABEL GARCIA PEÑALVO, FERNANDA FERNANDEZ RIVERA, ANA MARÍA TENO MÁRQUEZ Y PILAR GARCIA_{VILLARACOBUE}NDIA
- 485EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA DIGITALIZACIÓN DE LA SANIDAD
SALUD CANO LOPEZ, MARIA OLMO JIMÉNEZ, VIRGINIA ESCOLAR GARCIA, ROSARIO GALIANO VILLAFUERTES Y ANDREA ARENAS VILLALTA 2341
- 486EL TRAYECTO A SEGUIR POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LLAMADA CON UN PACIENTE
SALUD CANO LOPEZ, MARIA OLMO JIMÉNEZ, VIRGINIA ESCOLAR GARCIA, ROSARIO GALIANO VILLAFUERTES Y ANDREA ARENAS VILLALTA 2345

- 487AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL DERECHO A LA
INFORMACIÓN SANITARIA LOS PACIENTES
MARIA OLMO JIMÉNEZ, VIRGINIA ESCOLAR GARCIA, ROSARIO
GALIANO VILLAFUERTE, ANDREA ARENAS VILLALTA Y SALUD
CANO LOPEZ 2349
- 488HIGIENE DEL PACIENTE ENCAMADO
IZASKUN LOPEZ REDONDO 2353
- 489EL CELADOR Y SU LABOR EN EL QUIRÓFANO
BELÉN MORENO FLORES, AMANDA PEÑA VALLE, MARÍA JOSE
ARROYO RIVERA, ESTEFANÍA GÓMEZ SÁNCHEZ DE LEÓN Y
CRISTINA TORRES ASENSIO 2357
- 490TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN E INMOVILIZACIÓN PARA
CELADORES.
YOLANDA HUECAS HERAS, ISMAEL GARCIA OCAÑA, AURORA
ALMENDROS GARCÍA, CRISTINA LUCÍA BRULL RODRÍGUEZ Y JOSÉ
JUAN TAPETADO VILLANUEVA 2361
- 491EL CELADOR EN EL QUIRÓFANO
YOLANDA HUECAS HERAS, ISMAEL GARCIA OCAÑA, AURORA
ALMENDROS GARCÍA, CRISTINA LUCÍA BRULL RODRÍGUEZ Y JOSÉ
JUAN TAPETADO VILLANUEVA 2365
- 492EL CELADOR EN LA UNIDAD DE MATERNIDAD
JAVIER GÓMEZ LÓPEZ, ALICIA TALAYA NAVARRO Y EVA MUÑOZ
EPIN 2369
- 493EL QUIRÓFANO Y LAS FUNCIONES DE LOS CELADORES.
ISABEL GALLARDO ALÍA, CRISTINA GONZÁLEZ LORENZO,
M.ANGELES SOTER GOMEZ, ANGEL ANDRES SANCHEZ MARTINEZ
Y CECILIO MARTINEZ AMORAGA 2373
- 494EL CELADOR Y SUS TÉCNICAS EN LA MOVILIZACIÓN.
ISABEL GALLARDO ALÍA, CRISTINA GONZÁLEZ LORENZO,
M.ANGELES SOTER GOMEZ, ANGEL ANDRES SANCHEZ MARTINEZ
Y CECILIO MARTINEZ AMORAGA 2377

495	FUNCIONES DEL CELADOR CON LOS PACIENTES EN LA UNIDAD DE POSTCIRUGÍA. CRISTINA GONZÁLEZ LORENZO, M.ANGELES SOTER GOMEZ, ANGEL ANDRES SANCHEZ MARTINEZ, CECILIO MARTINEZ AMORAGA Y ISABEL GALLARDO ALÍA	2381
496	EL CELADOR ANTE UNA PARADA CARDIO -RESPIRATORIA WILLIAMS CORDOVES CUEVAS, RAUL VALERO GOMEZ Y AMPARO TIRADO GALLEGO	2385
497	EL TELEFONISTA Y LA COMUNICACIÓN HACIA EL USUARIO MARIA DEL CARMEN ALONSO ROMERO, MAGDALENA SALAZAR CANO Y MARI CARMEN GONZALEZ RUIZ	2389
498	EL CELADOR: TIPOS DE RESIDUOS CONSUELO ISABEL GONZÁLEZ SUÁREZ	2393
499	CELADOR: NORMATIVA DE PROTECCIÓN DE DATOS CLÍNICOS CONSUELO ISABEL GONZÁLEZ SUÁREZ	2397
500	LA ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA INSTITUCIÓN SANITARIA RAUL VALERO GOMEZ, WILLIAMS CORDOVES CUEVAS Y AMPARO TIRADO GALLEGO	2401
501	EL CELADOR EN QUIRÓFANO MARIA SATUE GABALDON, ROSA MONTERO NÚÑEZ, ALEJANDRA RESTA SÁNCHEZ, MARIA JOSEFA HERREROS CALERO Y MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ VALERA	2407
502	LA ERGONOMÍA Y LA FATIGA POSTURAL EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO ROSARIO LUJÁN CRESPO, MARIA LUISA LARA MUÑOZ, MARIA DOLORES HURTADO MOYA, ISABEL ARNEDO ALCAUT Y ROSARIO MORENO GALLETERO	2411

- 503 ESTRATEGÍAS PARA UNA BUENA COMUNICACIÓN TELEFÓNICA
DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL CENTRO SANITARIO**
ROSARIO LUJÁN CRESPO, MARIA LUISA LARA MUÑOZ, MARIA
DOLORES HURTADO MOYA, ROSARIO MORENO GALLETERO Y
ISABEL ARNEDO ALCAUT 2417
- 504 EL ESTRÉS LABORAL Y EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL
ÁMBITO SANITARIO**
ROSARIO LUJÁN CRESPO, MARIA DOLORES HURTADO MOYA,
MARIA LUISA LARA MUÑOZ, ROSARIO MORENO GALLETERO Y
ISABEL ARNEDO ALCAUT 2421
- 505 EL SÍNDROME DEL TUNEL CARPIANO EN LA CATEGORÍA DEL
AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
MANUEL VEGAS RAMOS, MARIA ISABEL GARCIA MARTINEZ,
ISABEL CATALINA LOPEZ VIEDMA, SONIA PARRILLA ARENAS Y
MARÍA PILAR MARTÍNEZ HERNÁNDEZ 2427
- 506 LOS CELADORES Y SUS COMETIDOS EN LAS HABITACIONES DE
LOS PACIENTES EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
JAVIER GUTIÉRREZ VELASCO, MANUEL SANTIAGO
SANCHEZ-VALDEPEÑAS MARTIN-GIL, CARLOS ANDRÉS ESPINOZA
GONZALEZ, VÍCTOR DEL RIO MONTES Y CARLOS TORRES
ATIENZA 2431
- 507 FUNCIONES DEL CELADOR DURANTE LOS INGRESOS EN LAS
DISTINTAS UNIDADES DEL CENTRO HOSPITALARIO.**
MIGUEL ÁNGEL ALCAIDE MOTA 2435
- 508 LA FARMACIA HOSPITALARIA. FUNCIONES DEL CELADOR EN EL
SERVICIO DE FARMACIA**
VANESSA MENÉNDEZ SUÁREZ 2439
- 509 EL CELADOR EN LA SALA DE AUTOPSIAS**
MARÍA DEL CARMEN RODRÍGUEZ MIRANDA 2443
- 510 AGRESIONES EN EL ÁMBITO SANITARIO. VIOLENCIA EJERCIDA
CONTRA LOS PROFESIONALES DE LOS SERVICIOS
ADMINISTRATIVOS**
MARÍA DEL PILAR PÉREZ SALCEDO 2447

- 511 ACTUACIÓN DEL CELADOR EN RELACIÓN CON LOS PACIENTES FALLECIDOS EN EL ÁMBITO SANITARIO**
AMPARO TIRADO GALLEG0, WILLIAMS CORDOVES CUEVAS Y
RAUL VALERO GOMEZ 2453
- 512 EL CELADOR: ACTUACIONES EN QUIRÓFANO**
MARÍA CERRO GARCÍA, JOAQUIN VALENCIANO CABEZUELO,
CARLOS MARTÍNEZ DOLZ, LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS Y
JOSÉ ÓSCAR GONZÁLEZ PÉREZ 2457
- 513 CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS**
MARÍA CERRO GARCÍA, CARLOS MARTÍNEZ DOLZ, JOSÉ ÓSCAR
GONZÁLEZ PÉREZ, LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS Y
JOAQUIN VALENCIANO CABEZUELO 2461
- 514 EL CELADOR Y EL TRANSPORTE INTRAHOSPITALARIO DE ENFERMOS**
MARÍA CERRO GARCÍA, CARLOS MARTÍNEZ DOLZ, LUIS
FERNANDEZ-POLANCO MESAS, JOSÉ ÓSCAR GONZÁLEZ PÉREZ Y
JOAQUIN VALENCIANO CABEZUELO 2465
- 515 LA CONFECCIÓN Y FORMALIZACIÓN DE DOCUMENTOS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA SANIDAD**
MARÍA PILAR MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, MARIA ISABEL GARCIA
MARTINEZ, ISABEL CATALINA LOPEZ VIEDMA, MANUEL VEGAS
RAMOS Y SONIA PARRILLA ARENAS 2469
- 516 EL MONTAJE DE LA MESA DE OPERACIONES POR EL CELADOR DE QUIRÓFANO**
LIDIA LARA JAIME, ANA BELEN GARCIA-CERVIGON TORRIJOS,
MARIA BERNARDA TORRES GARCIA-VALENCIANO, MARTIN
ROMERO ANDUJAR Y ELENA ROMERO ANDUJAR 2473
- 517 FUNCIONES DEL CELADOR DE BLANCO EN QUIRÓFANO**
LIDIA LARA JAIME, ANA BELEN GARCIA-CERVIGON TORRIJOS,
MARIA BERNARDA TORRES GARCIA-VALENCIANO, MARTIN
ROMERO ANDUJAR Y ELENA ROMERO ANDUJAR 2477

- 518 FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD HOSPITALARIA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA**
LIDIA LARA JAIME, ANA BELEN GARCIA-CERVIGON TORRIJOS,
MARIA BERNARDA TORRES GARCIA-VALENCIANO, MARTIN
ROMERO ANDUJAR Y ELENA ROMERO ANDUJAR 2481
- 519 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO COMO ENLACE ENTRE PACIENTES Y FACTURACIÓN EN UN HOSPITAL**
VERÓNICA MURILLO BEJARANO, LAURA DOMÍNGUEZ ALONSO,
PALOMA SÁNCHEZ GARCÍA, YOLANDA JIMENEZ CARMONA Y
ENRIQUE ÁNGEL CARMONA GARRIDO 2485
- 520 EL USO DE LAS POSICIONES ANATÓMICAS EN EL PACIENTE Y EL CELADOR**
MARÍA DEL CARMEN RODRÍGUEZ MIRANDA 2489
- 521 EL PAPEL DEL CELADOR EN EL INGRESO DE LOS NIÑOS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
CARLOS TORRES ATIENZA, MANUEL SANTIAGO
SANCHEZ-VALDEPEÑAS MARTIN-GIL, JAVIER GUTIÉRREZ
VELASCO, CARLOS ANDRÉS ESPINOZA GONZALEZ Y VÍCTOR DEL
RIO MONTES 2493
- 522 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LAS CONSULTAS EXTERNAS.**
MARÍA PAZ JIMÉNEZ ROJAS, MARÍA JOSÉ CARAVACA DÍAZ,
MIGUEL ÁNGEL CIFUENTES GALINDO, JENIFER CONDE VALENCIA
Y LOURDES ANGEL ANGEL 2497
- 523 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU FUNCIÓN EN EL CONTROL DE LOS SUMINISTROS SANITARIOS.**
MARÍA PAZ JIMÉNEZ ROJAS, MIGUEL ÁNGEL CIFUENTES
GALINDO, JENIFER CONDE VALENCIA, MARÍA JOSÉ CARAVACA
DÍAZ Y LOURDES ANGEL ANGEL 2501
- 524 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL TRATAMIENTO DE DATOS DE USUARIOS EN LA SANIDAD.**
MARÍA PAZ JIMÉNEZ ROJAS, MIGUEL ÁNGEL CIFUENTES
GALINDO, MARÍA JOSÉ CARAVACA DÍAZ, JENIFER CONDE
VALENCIA Y LOURDES ANGEL ANGEL 2505

- 525EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DE CITAS MÉDICAS EN UN HOSPITAL**
YOLANDA JIMENEZ CARMONA, LAURA DOMÍNGUEZ ALONSO,
PALOMA SÁNCHEZ GARCÍA, VERÓNICA MURILLO BEJARANO Y
ENRIQUE ÁNGEL CARMONA GARRIDO 2509
- 526EL CELADOR Y EL USO DEL LÁTEX EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
VÍCTOR DEL RIO MONTES, MANUEL SANTIAGO
SANCHEZ-VALDEPEÑAS MARTIN-GIL, CARLOS TORRES ATIENZA,
JAVIER GUTIÉRREZ VELASCO Y CARLOS ANDRÉS ESPINOZA
GONZALEZ 2513
- 527EL CELADOR Y LAS FUNCIONES QUE REALIZA EN EL ÁREA DE TOCOLOGÍA**
ARMANDO DE LAS HERAS AYUSO, IVAN CONTRERAS MARTÍNEZ,
MACARENA GARCÍA POVEDA, MILAGROS SAIZ BELINCHON Y
SANDRA QUINTANILLA BALLESTEROS 2517
- 528EL CELADOR Y SU INTERVENCIÓN EN LOS MOVIMIENTOS PARA EL TRATAMIENTO DE ÚLCERAS EN LOS PACIENTES**
MARÍA DEL SALOBRAR BENÍTEZ SANTOS, PEDRO ROMERO
MARTIN, SAGRARIO SÁNCHEZ MUÑOZ, MARIA FROILAN Y SERGIO
HERNÁNDEZ MARTÍN 2521
- 529EL CELADOR ANTE EL PACIENTE PSQUIÁTRICO ¿QUÉ HACER EN ESTOS CASOS?**
MARÍA DEL SALOBRAR BENÍTEZ SANTOS, PEDRO ROMERO
MARTIN, SAGRARIO SÁNCHEZ MUÑOZ, MARIA FROILAN Y SERGIO
HERNÁNDEZ MARTÍN 2525
- 530EL PAPEL FUNDAMENTAL DEL CELADOR EN LA IMPORTANCIA DE LAS GRÚAS PARA PACIENTES EN HOSPITALIZACIÓN**
MARÍA DEL SALOBRAR BENÍTEZ SANTOS, PEDRO ROMERO
MARTIN, SAGRARIO SÁNCHEZ MUÑOZ, MARIA FROILAN Y SERGIO
HERNÁNDEZ MARTÍN 2529

- 531 EL MANTENIMIENTO DE UN FLUJÓMETRO DE OXÍGENO EN LAS PLANTAS DE UN HOSPITAL POR PARTE DEL MECÁNICO**
FERNANDO LIZON CORONADO, LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS, FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA, JOSE ANTONIO PICAZO GARCIA Y JUAN GIJÓN MERCHAN 2533
- 532 EL TELEFONISTA. SISTEMAS DE TRANSMISIÓN DE VOZ Y DATOS Y PARTES FUNDAMENTALES DE DICHA TRANSMISIÓN**
MAGDALENA SALAZAR CANO, MARIA DEL CARMEN ALONSO ROMERO Y MARI CARMEN GONZALEZ RUIZ 2537
- 533 ORGANIZACIÓN Y TAREAS DEL PINCHE EN LA ZONA DE ELABORACIÓN DE ALIMENTOS EN LA COCINA HOSPITALARIA**
LAALIA ROUAB PIQUERAS, VICTOR SANTOS PLASENCIA, LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS, MIGUEL ANGEL CARRASCOSA LEÓN Y SANTOS CARRASCOSA SANCHEZ 2541
- 534 EL PINCHE DE LA COCINA DE HOSPITALES EN LA ELABORACIÓN DE LA DIETA LÍQUIDA HOSPITALARIA**
LAALIA ROUAB PIQUERAS, VICTOR SANTOS PLASENCIA, SANTOS CARRASCOSA SANCHEZ, LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS Y MIGUEL ANGEL CARRASCOSA LEÓN 2545
- 535 LA IMPORTANCIA DEL EMPLATADO POR EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA**
LAALIA ROUAB PIQUERAS, LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS, SANTOS CARRASCOSA SANCHEZ, MIGUEL ANGEL CARRASCOSA LEÓN Y VICTOR SANTOS PLASENCIA 2549
- 536 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ORGANIZACIÓN DE EVENTOS Y CONFERENCIAS MÉDICAS EN UN HOSPITAL**
ENRIQUE ÁNGEL CARMONA GARRIDO, VERÓNICA MURILLO BEJARANO, LAURA DOMÍNGUEZ ALONSO, PALOMA SÁNCHEZ GARCÍA Y YOLANDA JIMENEZ CARMONA 2553
- 537 LA ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**
MARIA LOZANO PEREZ, PEDRO ORTEGA LAIN, ANTONIO GIL MORENO, ANTONIO DAVID NIEVES DIAZ Y JORGEN DANERYS PEGUERO MENDEZ 2557

- 538 ACTUACIÓN DEL CELADOR CON EL ENFERMO Y SUS FAMILIARES**
MARIA LOZANO PEREZ, PEDRO ORTEGA LAIN, ANTONIO GIL
MORENO, ANTONIO DAVID NIEVES DIAZ Y JORGEN DANERYS
PEGUERO MENDEZ 2561
- 539 HIGIENE POSTURAL DEL CELADOR**
JUAN CARLOS CASTILLA ROMERO, DIANA CRISTINA GARZON
CORTES, LORENA SEGUIDO PANTOJA, ANA BELÉN RODRÍGUEZ
IMBERNON Y PABLO HERRERO POZUELO 2565
- 540 EL CELADOR Y LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE**
ANA BELÉN RODRÍGUEZ IMBERNON, DIANA CRISTINA GARZON
CORTES, JUAN CARLOS CASTILLA ROMERO, LORENA SEGUIDO
PANTOJA Y PABLO HERRERO POZUELO 2569
- 541 FUNCIONES DEL CELADOR EN INSTITUCIONES SANITARIAS**
MARIA LOZANO PEREZ, PEDRO ORTEGA LAIN, ANTONIO GIL
MORENO, ANTONIO DAVID NIEVES DIAZ Y JORGEN DANERYS
PEGUERO MENDEZ 2573
- 542 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES EN LA
UNIDAD DE CITACIONES DE UN HOSPITAL**
RAQUEL ISIDORO CARMONA, SONIA CORONADO RUBIO,
CRISTINA GONZÁLEZ GÓMEZ, MARIA ISABEL RICHART MELLADO
Y MARÍA JESÚS GONZALEZ PARRAGA 2577
- 543 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU PAPEL EN EL SERVICIO DE
RADIODIAGNÓSTICO**
RAQUEL ISIDORO CARMONA, SONIA CORONADO RUBIO,
CRISTINA GONZÁLEZ GÓMEZ, MARIA ISABEL RICHART MELLADO
Y MARÍA JESÚS GONZALEZ PARRAGA 2581
- 544 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU PAPEL EN LA GESTIÓN DE
DOCUMENTACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD MENTAL**
RAQUEL ISIDORO CARMONA, SONIA CORONADO RUBIO,
CRISTINA GONZÁLEZ GÓMEZ, MARIA ISABEL RICHART MELLADO
Y MARÍA JESÚS GONZALEZ PARRAGA 2585

- 545EL CELADOR Y LA RELACION CON EL JEFE DE PERSONAL
SUBALTERNO EN EL AMBITO SANITARIO**
MARIA DOLORES GOMEZ CRUZ, JUAN JULIAN BALÓN GARCÍA,
MARI CARMEN CORCOLES MOROTE, MARÍA DE LEÓN ESCAMILLA
Y ROSA Mª CARBALLO CARRIÓN **2589**
- 546EL CELADOR Y LA UTILIZACIÓN DE LAS GRÚAS COMO AYUDA
EN LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES**
MARIA DOLORES GOMEZ CRUZ, JUAN JULIAN BALÓN GARCÍA,
MARI CARMEN CORCOLES MOROTE, MARÍA DE LEÓN ESCAMILLA
Y ROSA Mª CARBALLO CARRIÓN **2593**
- 547FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ALMACÉN Y LA
MANIPULACIÓN DE CARGAS**
MARIA DOLORES GOMEZ CRUZ, JUAN JULIAN BALÓN GARCÍA,
MARI CARMEN CORCOLES MOROTE, MARÍA DE LEÓN ESCAMILLA
Y ROSA Mª CARBALLO CARRIÓN **2597**
- 548EL CELADOR Y LA PREVENCIÓN DE LA PROPAGACIÓN DE
INFECCIONES NOSOCOMIALES**
MÓNICA MÉNDEZ IBIAS **2601**
- 549CONCILIACIÓN DE LA VIDA FAMILIAR PARA PERSONAL NO
SANITARIO**
JOSE IVAN VALDES NUÑEZ **2605**
- 550LA EFECTIVIDAD DE LAS ESTRATEGIAS DE RESILIENCIA EN
POBLACIONES AFECTADAS POR DESASTRES NATURALES.
ESTUDIO COMPARATIVO DE MANO DE LOS TRABAJADORES
SOCIALES**
GLORIA MARTINEZ ASIN Y MARIA ISABEL SERRANO JIMENEZ **2609**
- 551EL CELADOR Y LA IMPORTANCIA EN LA LABOR DE AYUDA EN
LA HIGIENE Y ASEO DEL PACIENTE**
SONIA MOYA DÍAZ, RAUL MARIN RAMIREZ, PLACIDO FERNÁNDEZ
GÁMEZ, FELIX MARTIN-NIETO MORENO Y DUNYA MOYA DIAZ **2615**

- 552 FUNCIONES Y PAPEL DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)**
PEDRO MANUEL CASERO FERNANDEZ, DIANA PADURARU, ALBA MORALES RUIZ, MARI CARMEN VÁZQUEZ SIMÓN Y ESTEFANIA MONTERO VÁZQUEZ 2619
- 553 EL CELADOR EN LA UNIDAD DE GINECOLOGÍA Y SUS FUNCIONES EN LAS URGENCIAS GINECOLÓGICAS**
PEDRO MANUEL CASERO FERNANDEZ, DIANA PADURARU, ALBA MORALES RUIZ, MARI CARMEN VÁZQUEZ SIMÓN Y ESTEFANIA MONTERO VÁZQUEZ 2623
- 554 SABER TRABAJAR EFICAZMENTE PARA EVITAR LAS LESIONES EN LA MOVILIZACIÓN DEL ENFERMO EXPOSICIÓN DEL CELADOR**
PEDRO MANUEL CASERO FERNANDEZ, DIANA PADURARU, ALBA MORALES RUIZ, ESTEFANIA MONTERO VÁZQUEZ Y MARI CARMEN VÁZQUEZ SIMÓN 2627
- 555 EL CELADOR DURANTE LA COLOCACIÓN DE LOS PACIENTES EN LAS DIFERENTES POSTURAS ANATÓMICAS**
GEMA SORIA LOZANO, MARIA DEL MAR GILABERT CÁMARA, MARÍA DOLORES GARCÍA GALAFATE, ALFONSO JOSE ROMERO GALAFATE Y PEDRO JOAQUÍN MARTÍNEZ MERINO 2631
- 556 EL PERSONAL DE LAVANDERÍA Y LOS FACTORES PARA ELEGIR EL EQUIPAMIENTO NECESARIO DE LA ZONA DE LAVANDERÍA HOSPITALARIA**
KAROL FERNANDA TORRES OMEN, MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA, MARIA DOLORES FERNÁNDEZ - LUENGO MUÑOZ, JOSEFA ANDRÉS PARRA Y ANDREA CASERO ALBA 2635
- 557 FUNCIONES DEL CELADOR EN LAS DIFERENTES PLANTAS DE HOSPITALIZACIÓN**
GEMA SORIA LOZANO, MARIA DEL MAR GILABERT CÁMARA, MARÍA DOLORES GARCÍA GALAFATE, ALFONSO JOSE ROMERO GALAFATE Y PEDRO JOAQUÍN MARTÍNEZ MERINO 2639

- 558EL CELADOR EN EL ALMACÉN GENERAL DEL CENTRO
HOSPITALARIO: FUNCIONES DEL CELADOR ENCARGADO DE LA
RECEPCIÓN DE MATERIAL**
GEMA SORIA LOZANO, MARIA DEL MAR GILABERT CÁMARA,
MARÍA DOLORES GARCÍA GALAFATE, ALFONSO JOSE ROMERO
GALAFATE Y PEDRO JOAQUÍN MARTÍNEZ MERINO 2643
- 559EL SERVICIO DE INFORMACIÓN Y LAS DIFERENTES TAREAS DE
LOS CELADORES**
FRANCISCO JAVIER EXPÓSITO MORENO, JUAN MANUEL COZAR
LAS HERAS, BLANCA MARÍA DÍAZ MÉNDEZ, MARIA DEL CARMEN
GARCÍA MORENO Y KEVIN PEREZ MARTIN 2647
- 560EL CELADOR EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA**
FRANCISCO JAVIER EXPÓSITO MORENO, JUAN MANUEL COZAR
LAS HERAS, BLANCA MARÍA DÍAZ MÉNDEZ, MARIA DEL CARMEN
GARCÍA MORENO Y KEVIN PEREZ MARTIN 2651
- 561EL CELADOR EN LOS SERVICIOS DE CUIDADOS INTENSIVOS
(UCI).**
FRANCISCO JAVIER EXPÓSITO MORENO, JUAN MANUEL COZAR
LAS HERAS, BLANCA MARÍA DÍAZ MÉNDEZ, MARIA DEL CARMEN
GARCÍA MORENO Y KEVIN PEREZ MARTIN 2655
- 562EL PERSONAL DEL SERVICIO DE LAVANDERIA HOSPITALARIA Y
EL PROCESO DE PRODUCCION DE ROPA, TIPOS DE ROPA Y
TEJIDOS**
KAROL FERNANDA TORRES OMEN, MARIA DEL PILAR MOSET
MOLINA, MARIA DOLORES FERNÁNDEZ - LUENGO MUÑOZ,
JOSEFA ANDRÉS PARRA Y ANDREA CASERO ALBA 2659
- 563PREVENCIÓN E HIGIENE EN EL GRUPO DE CELADORES EN LOS
DISTINTOS CENTROS SANITARIOS**
PABLO HERRERO POZUELO, LORENA SEGUIDO PANTOJA, ANA
BELÉN RODRÍGUEZ IMBERNON, DIANA CRISTINA GARZON
CORTES Y JUAN CARLOS CASTILLA ROMERO 2663

- 564 **LA HUMANIZACIÓN DE LA SANIDAD: LA APORTACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
ESTEFANIA PINTOR GONZALEZ, MARÍA JOSEFA RUBIO GARCÍA,
PURIFICACIÓN MOLINA GARRIDO, AZAHARA JÁVEGA PALENCIA
Y LAURA CABELLO DE LA ROSA 2667
- 565 **EL TRABAJO A TURNOS EN EL GRUPO DE AUXILIARES ADMINISTRATIVOS DE LA SANIDAD**
ESTEFANIA PINTOR GONZALEZ, MARÍA JOSEFA RUBIO GARCÍA,
PURIFICACIÓN MOLINA GARRIDO, AZAHARA JÁVEGA PALENCIA
Y LAURA CABELLO DE LA ROSA 2671
- 566 **LAS SINTOMATOLOGÍA DEL DESGASTE OCULAR EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DEL ÁMBITO SANITARIO**
ESTEFANIA PINTOR GONZALEZ, MARÍA JOSEFA RUBIO GARCÍA,
PURIFICACIÓN MOLINA GARRIDO, AZAHARA JÁVEGA PALENCIA
Y LAURA CABELLO DE LA ROSA 2675
- 567 **TAREAS QUE REALIZA EL PERSONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA.**
CONSUELO ERIBO SAM 2679
- 568 **EL PINCHE DE COCINA Y SU FUNCIÓN EN LA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
CRISTINA BERNARTE RUEDAS, MARIA DE ALARCOS BERNARTE
RUEDAS, NOELIA BERNARTE RUEDAS, BLANCA DÍAZ ZAMORA Y
FRANCISCO JAVIER DIAZ PARDO 2683
- 569 **EL PINCHE DE COCINA Y SU PAPEL EN LAS DIETAS DE PACIENTES ONCOLÓGICOS.**
CRISTINA BERNARTE RUEDAS, MARIA DE ALARCOS BERNARTE
RUEDAS, NOELIA BERNARTE RUEDAS, BLANCA DÍAZ ZAMORA Y
FRANCISCO JAVIER DIAZ PARDO 2687

- 570 EL PINCHE DE COCINA EN LA COCINA HOSPITALARIA EN CUANTO A LA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE LOS UTENSILIOS DE TRABAJO.**
CRISTINA BERNARTE RUEDAS, MARIA DE ALARCOS BERNARTE RUEDAS, NOELIA BERNARTE RUEDAS, BLANCA DÍAZ ZAMORA Y FRANCISCO JAVIER DIAZ PARDO 2691
- 571 EL PERSONAL DEL SERVICIO DE LAVANDERIA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y SU PAPEL EN EL TRATAMIENTO DE LA ROPA SUCIA**
KAROL FERNANDA TORRES OMEN, MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA, MARIA DOLORES FERNÁNDEZ - LUENGO MUÑOZ, JOSEFA ANDRÉS PARRA Y ANDREA CASERO ALBA 2695
- 572 ACTUACIÓN DEL CELADOR CUANDO UN PACIENTE FALLECE**
ISABEL MARIA GABALDON MARTÍNEZ, JUAN GIJÓN MERCHAN, JOSEFA ANDRÉS PARRA, CARLOS MARTINEZ CORCOLES Y AITOR LISA ALMANSA 2699
- 573 ACTUACIÓN DE LOS CELADORES EN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS**
ISABEL MARIA GABALDON MARTÍNEZ, AITOR LISA ALMANSA, JUAN GIJÓN MERCHAN, CARLOS MARTINEZ CORCOLES Y JOSEFA ANDRÉS PARRA 2703
- 574 FUNCIONES DEL CELADOR EN EL CENTRO DE SALUD DE LA ZONA BÁSICA DE SALUD**
ISABEL MARIA GABALDON MARTÍNEZ, AITOR LISA ALMANSA, JUAN GIJÓN MERCHAN, CARLOS MARTINEZ CORCOLES Y JOSEFA ANDRÉS PARRA 2707
- 575 AUXILIAR ADMINISTRATIVO: EFECTOS DE TRABAJAR SENTADOS**
CÉSAR PÉREZ ÁLVAREZ 2711

- 576 SEGURIDAD EN EL MANEJO DE LA MAQUINARIA DE PLANCHADO**
JUANA ELIZABETH VILLALBA, MARIA LUISA HERVAS SANCHEZ, PIEDAD GARCÍA LEON, CARMEN OLMOS PEINADO Y SUSANA DÍAZ GARCÍA 2715
- 577 EL PERSONAL DE PLANCHA EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS EN LA BUENA CONSERVACIÓN DE LAS PRENDAS EN EL PLACHADO**
JUANA ELIZABETH VILLALBA, MARIA LUISA HERVAS SANCHEZ, PIEDAD GARCÍA LEON, CARMEN OLMOS PEINADO Y SUSANA DÍAZ GARCÍA 2719
- 578 REPOSICIÓN DE PRENDAS EN EL DEPARTAMENTO DE PLANCHADO DE UN HOSPITAL**
JUANA ELIZABETH VILLALBA, MARIA LUISA HERVAS SANCHEZ, PIEDAD GARCÍA LEON, CARMEN OLMOS PEINADO Y SUSANA DÍAZ GARCÍA 2723
- 579 RIESGOS ERGONÓMICOS QUE PUEDE SUFRIR EL TELEFONISTA QUE TRABAJA EN EL SISTEMA SANITARIO**
MARI CARMEN GONZALEZ RUIZ, MARIA DEL CARMEN ALONSO ROMERO Y MAGDALENA SALAZAR CANO 2729
- 580 TRABAJO SOCIAL Y MÉTODOS DE ACTUACIÓN EN EL CUIDADO DE PERSONAS DEPENDIENTES DE LARGA DURACIÓN**
MARIA ISABEL SERRANO JIMENEZ Y GLORIA MARTINEZ ASIN 2733
- 581 EUTANASIA Y TRABAJO SOCIAL**
MARIA ISABEL SERRANO JIMENEZ Y GLORIA MARTINEZ ASIN 2737
- 582 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA DIVERSIDAD CULTURAL EN LOS CENTROS SANITARIOS.**
MARTA SANTANA GIL, VANESA RODRÍGUEZ ELENA, MARISA HIGUERUELA MARTINEZ, MARÍA ISABEL PALOMO DURÁN Y LARA PUÑAL RODRIGUEZ 2741

- 583EL TRABAJO DEL ADMINISTRATIVO EN LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL**
MARIA DEL CARMEN PIQUERAS SAEZ, ANA BELEN PEREZ ATIENZAR, MARÍA INMACULADA VILLORA MOYA, MARIA DEL PILAR DE LA CONCEPCION SAEZ Y MARÍA NATIVIDAD PICAZO MENESES 2745
- 584EL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y SU GESTIÓN EN SANIDAD A LOS SUJETOS NO ASEGURADOS**
MARIA DEL CARMEN PIQUERAS SAEZ, MARIA DEL PILAR DE LA CONCEPCION SAEZ, MARÍA INMACULADA VILLORA MOYA, ANA BELEN PEREZ ATIENZAR Y MARÍA NATIVIDAD PICAZO MENESES 2749
- 585EL MANTENIMIENTO Y ARREGLO DEL CORREO NEUMÁTICO DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
JUAN GIJÓN MERCHAN, FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA, JOSE ANTONIO PICAZO GARCIA, FERNANDO LIZON CORONADO Y LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS 2753
- 586EL MANTENIMIENTO DE LOS MUEBLES DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS POR PARTE DEL MECÁNICO EN LAS HABITACIONES**
JUAN GIJÓN MERCHAN, FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA, JOSE ANTONIO PICAZO GARCIA, FERNANDO LIZON CORONADO Y LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS 2757
- 587PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS LABORALES DEL PROFESIONAL ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO**
MARÍA DEL PILAR PÉREZ SALCEDO 2761
- 588EL ADMINISTRATIVO Y SU FUNCION EN SU RELACIÓN CON LOS DOCUMENTOS SANITARIOS**
MARIA DEL CARMEN PIQUERAS SAEZ, ANA BELEN PEREZ ATIENZAR, MARÍA INMACULADA VILLORA MOYA, MARIA DEL PILAR DE LA CONCEPCION SAEZ Y MARÍA NATIVIDAD PICAZO MENESES 2767
- 589LOS RESIDUOS SANITARIOS Y SU GESTIÓN**
BARBARA INES LOPEZ ALONSO 2771

- 590 LA ASEPSIA EN EL QUIROFANO. EL CELADOR COMO PARTE DEL EQUIPO DE QUIROFANO NO ESTERIL
BARBARA INES LOPEZ ALONSO 2775
- 591 LOS RIESGOS PSICOSOCIALES DE LAS DIFERENTES CATEGORIAS DE TRABAJADORES COMPRENDIDAS EN EL AMBIENTE LABORAL SOCIO SANITARIO ESTATAL
JUAN MANUEL SUAREZ GONZALEZ 2779
- 592 LA APLICACIÓN DE LA ERGONOMÍA FRENTE A LOS POSIBLES TRASTORNOS MÚSCULO-ESQUELÉTICOS EN EL AMBIENTE SANITARIO
JUAN MANUEL SUAREZ GONZALEZ 2783
- 593 EL CELADOR Y EL TRASLADO DE PACIENTES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO EN SILLA DE RUEDAS
MARIA SATUE GABALDON, MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ VALERA, ALEJANDRA RESTA SÁNCHEZ, MARIA JOSEFA HERREROS CALERO Y ROSA MONTERO NÚÑEZ 2787
- 594 EL CELADOR EN LA UNIDAD DE PARITORIO
CARLOS MARTÍNEZ AGUSTÍN, ZACARÍAS GARCÍA MONTEAGUDO, CYNTHIA MARIA ZAMORA JALDO, JOSE ANTONIO NÚÑEZ ALCANTUD Y SANDRA GARCÍA MONTILLA 2791
- 595 COMPETENCIAS DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA
CARLOS MARTÍNEZ AGUSTÍN, ZACARÍAS GARCÍA MONTEAGUDO, CYNTHIA MARIA ZAMORA JALDO, JOSE ANTONIO NÚÑEZ ALCANTUD Y SANDRA GARCÍA MONTILLA 2795
- 596 EL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DURANTE EL INGRESO DE UN PACIENTE EN LA UNIDAD
CARLOS MARTÍNEZ AGUSTÍN, ZACARÍAS GARCÍA MONTEAGUDO, CYNTHIA MARIA ZAMORA JALDO, JOSE ANTONIO NÚÑEZ ALCANTUD Y SANDRA GARCÍA MONTILLA 2799

- 597 EL CELADOR ANTE EL TRASLADO Y LA MOVILIZACIÓN DE LOS PACIENTES**
DOLORES MOROTE BONIFACIO, LUIS NAVARRO DE LA VEGA,
JESÚS MEDINA SÁNCHEZ, NATIVIDAD GÓMEZ VALERO Y
ALEJANDRO MARÍN FERNANDEZ 2803
- 598 LOS CELADORES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) Y SUS FUNCIONES CON PACIENTES**
FRANCISCO JAVIER VÉLEZ SANTIAGO, ISMAEL SÁNCHEZ DE LAS
HERAS, BRICIO JIMÉNEZ ESCOBAR, SUSANA NAVARRO MORENO Y
ALBERTO MARTIN CASTILLEJOS 2807
- 599 EL CELADOR CON PACIENTES PORTADORES DE DRENAJES TORÁCICOS**
FRANCISCO JAVIER VÉLEZ SANTIAGO, ISMAEL SÁNCHEZ DE LAS
HERAS, BRICIO JIMÉNEZ ESCOBAR, SUSANA NAVARRO MORENO Y
ALBERTO MARTIN CASTILLEJOS 2811
- 600 EL PAPEL DEL CELADOR DENTRO DE UN HOSPITAL DE DÍA**
NATIVIDAD GÓMEZ VALERO, DOLORES MOROTE BONIFACIO, LUIS
NAVARRO DE LA VEGA, JESÚS MEDINA SÁNCHEZ Y ALEJANDRO
MARÍN FERNANDEZ 2815
- 601 LA FIGURA DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)**
JESÚS MEDINA SÁNCHEZ, NATIVIDAD GÓMEZ VALERO, DOLORES
MOROTE BONIFACIO, LUIS NAVARRO DE LA VEGA Y ALEJANDRO
MARÍN FERNANDEZ 2819
- 602 HABILIDADES COMUNICATIVAS DEL TELEFONISTA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**
NEREA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO, VANESA
FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO, MARIA PILAR
MARTIN BUITRAGO DIAZ Y PABLO FERNANDEZ PANIAGUA
GALAN 2823

- 603 TELEFONISTA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO: LA VOZ SU
HERRAMIENTA DE TRABAJO**
NEREA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO, VANESA
FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO, MARIA PILAR
MARTIN BUITRAGO DIAZ Y PABLO FERNANDEZ PANIAGUA
GALAN 2827
- 604 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD Y LA ATENCIÓN
TELÉFONICA A PACIENTES**
MARISA HIGUERUELA MARTINEZ, LARA PUÑAL RODRIGUEZ,
MARÍA ISABEL PALOMO DURÁN, MARTA SANTANA GIL Y VANESA
RODRÍGUEZ ELENA 2831
- 605 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DEL SISTEMA SANITARIO Y LA
COMUNICACIÓN ASERTIVA CON EL USUARIO**
ARANZAZU FERNÁNDEZ GARCÍA 2835
- 606 ESTRATEGIA CUIDAS**
MARIA DEL MAR MARÍN PINDADO 2839
- 607 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES EN EL
SERVICIO DE ALMACÉN HOSPITALARIO**
MARÍA ISABEL PALOMO DURÁN, MARTA SANTANA GIL, VANESA
RODRÍGUEZ ELENA, MARISA HIGUERUELA MARTINEZ Y LARA
PUÑAL RODRIGUEZ 2843
- 608 ORGANIZACION DEL ALMACEN SANITARIO Y EL PAPEL QUE
ADOPTA EL CELADOR EN DICHO SERVICIO**
MARTA RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ, JOSÉ CARLOS GARCIA
HORMIGOS, IÑAKI TORREJON ALIRANGUES, ALBA MARTÍN
GARCÍA Y LIDIA MIGUEL VEGA 2847
- 609 EL CELADOR EN EL ÁREA DE TRIAJE DE URGENCIAS**
JOSÉ CARLOS GARCIA HORMIGOS, MARTA RODRÍGUEZ
HERNÁNDEZ, IÑAKI TORREJON ALIRANGUES, LIDIA MIGUEL
VEGA Y ALBA MARTÍN GARCÍA 2851

- 610 RIESGOS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO.
ERGONOMÍA Y CARGA DE TRABAJO**
PABLO FERNANDEZ PANIAGUA GALAN, MARIA PILAR MARTIN
BUITRAGO DIAZ, NEREA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN
BUITRAGO Y VANESA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO 2855
- 611 TRASLADO DEL PACIENTE INFECCIOSO POR EL CELADOR**
ALBA MARTÍN GARCÍA, JOSÉ CARLOS GARCIA HORMIGOS, IÑAKI
TORREJON ALIRANGUES, MARTA RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ Y
LIDIA MIGUEL VEGA 2859
- 612 GOBERNANTA/E EN INSTITUCIONES SANITARIAS:
ORGANIZACIÓN DE COCINA: PREPARACIÓN, EMPLATADO Y
DISTRIBUCIÓN**
JOSE MARÍA CASARRUBIOS MAROTO, JOSE MARÍA CASARRUBIOS
CARRASCO Y FRANCISCO JAVIER CARRASCO CALATAYUD 2863
- 613 EL CELADOR EN SALUD MENTAL**
MARIA JOSEFA HERREROS CALERO, MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ
VALERA, ROSA MONTERO NÚÑEZ, ALEJANDRA RESTA SÁNCHEZ Y
MARIA SATUE GABALDON 2867
- 614 EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN REANIMACIÓN (REA)**
MARIA JOSEFA HERREROS CALERO, MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ
VALERA, ROSA MONTERO NÚÑEZ, ALEJANDRA RESTA SÁNCHEZ Y
MARIA SATUE GABALDON 2871
- 615 GOBERNANTE/A EN SANIDAD: EL REPARTO DE LA
UNIFORMIDAD EN EL HOSPITAL**
JOSE MARÍA CASARRUBIOS MAROTO, JOSE MARÍA CASARRUBIOS
CARRASCO Y FRANCISCO JAVIER CARRASCO CALATAYUD 2875
- 616 GOBERNANTA/E EN SANIDAD: DESINFECCIÓN SANITARIA, LA
TÉCNICA DEL DOBLE CUBO**
JOSE MARÍA CASARRUBIOS CARRASCO, FRANCISCO JAVIER
CARRASCO CALATAYUD Y JOSE MARÍA CASARRUBIOS MAROTO 2879

- 617 TELEFONISTA EN SANIDAD CON LA INFORMÁTICA BÁSICA:
RECUPERACIÓN DE COPIAS DE SEGURIDAD**
FRANCISCO JAVIER CARRASCO CALATAYUD, JOSE MARÍA
CASARRUBIOS MAROTO Y JOSE MARÍA CASARRUBIOS CARRASCO **2883**
- 618 EL CELADOR Y SUS PRINCIPALES FUNCIONES EN EL SERVICIO DE
FARMACIA DE UN CENTRO HOSPITALARIO.**
MARÍA TERESA VINDEL CASTELLANO **2887**
- 619 UNA DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS Y FUNCIONES
GENERALES DEL CELADOR**
VÍCTOR APARICIO RODRÍGUEZ, JULIO SÁNCHEZ SERRANO,
VICTOR MARTIN SILVA CARRASCO, MARIA RUBI DE LA LLAVE
MARTIN Y CLAUDIA PATRICIA REALES GELVES **2891**
- 620 LOS CONOCIMIENTOS Y CUIDADOS BRINDADOS AL PACIENTE
GERIÁTRICO POR EL CELADOR**
VÍCTOR APARICIO RODRÍGUEZ, VICTOR MARTIN SILVA
CARRASCO, MARIA RUBI DE LA LLAVE MARTIN, CLAUDIA
PATRICIA REALES GELVES Y JULIO SÁNCHEZ SERRANO **2895**
- 621 LA RESPONSABILIDAD Y LOS CONOCIMIENTOS DEL CELADOR
EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS**
VÍCTOR APARICIO RODRÍGUEZ, VICTOR MARTIN SILVA
CARRASCO, MARIA RUBI DE LA LLAVE MARTIN, CLAUDIA
PATRICIA REALES GELVES Y JULIO SÁNCHEZ SERRANO **2899**
- 622 MOVILIZACIONES DE PACIENTES MÁS COMUNES POR PARTE
DEL CELADOR**
VANESA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO, NEREA
FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO, MARIA PILAR
MARTIN BUITRAGO DIAZ Y PABLO FERNANDEZ PANIAGUA
GALAN **2903**
- 623 FUNCIONES DEL CELADOR EN EL TRASLADO DE PACIENTES DE
LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.**
CRISTINA LUCÍA BRULL RODRÍGUEZ, AURORA ALMENDROS
GARCÍA, ISMAEL GARCIA OCAÑA, JOSÉ JUAN TAPETADO
VILLANUEVA Y YOLANDA HUECAS HERAS **2907**

- 624 INTERACCIÓN ENTRE EL CELADOR Y DEMÁS PROFESIONALES DEL HOSPITAL**
ANTONIO BRENES SAUCEDA, MARIA TERESA GARCIA RODRIGO Y RICARDO BRENES SAUCEDA 2911
- 625 RADIOLOGÍA DE URGENCIAS, TRASLADO DE PACIENTES POR EL CELADOR**
ANTONIO BRENES SAUCEDA, MARIA TERESA GARCIA RODRIGO Y RICARDO BRENES SAUCEDA 2915
- 626 ERGONOMÍA DEL CELADOR EN LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES**
CRISTINA LUCÍA BRULL RODRÍGUEZ, AURORA ALMENDROS GARCÍA, ISMAEL GARCIA OCAÑA, JOSÉ JUAN TAPETADO VILLANUEVA Y YOLANDA HUECAS HERAS 2919
- 627 FUNCIONES DEL CELADOR EN EL TRANSPORTE Y RECOGIDA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS**
CRISTINA LUCÍA BRULL RODRÍGUEZ, AURORA ALMENDROS GARCÍA, ISMAEL GARCIA OCAÑA, JOSÉ JUAN TAPETADO VILLANUEVA Y YOLANDA HUECAS HERAS 2925
- 628 EL CELADOR HOSPITALARIO: TIPOS PRINCIPALES DE CELADORES QUE SE ENCUENTRAN EN CENTROS HOSPITALARIOS**
BELÉN MORENO FLORES, AMANDA PEÑA VALLE, MARÍA JOSE ARROYO RIVERA, ESTEFANÍA GÓMEZ SÁNCHEZ DE LEÓN Y CRISTINA TORRES ASENSIO 2931
- 629 LABOR DEL CELADOR ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE UNA AUTOPSIA**
BELÉN MORENO FLORES, AMANDA PEÑA VALLE, MARÍA JOSE ARROYO RIVERA, ESTEFANÍA GÓMEZ SÁNCHEZ DE LEÓN Y CRISTINA TORRES ASENSIO 2935
- 630 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO: DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES.**
MIRIAM MEGÍAS RUÍZ, NOEMÍ MEGÍAS RUÍZ, GONZALO RUÍZ GARCÍA Y PATRICIA RUÍZ GARCÍA 2939

- 631 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO: USO INDEBIDO DE CREDENCIALES**
MIRIAM MEGÍAS RUÍZ, NOEMÍ MEGÍAS RUÍZ, GONZALO RUÍZ GARCÍA Y PATRICIA RUÍZ GARCÍA 2943
- 632 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO: RIESGOS DE TRABAJAR A TURNOS EN UNIDADES DE ACTIVIDAD CONTINUADA**
MIRIAM MEGÍAS RUÍZ, NOEMÍ MEGÍAS RUÍZ, PATRICIA RUÍZ GARCÍA Y GONZALO RUÍZ GARCÍA 2947
- 633 FUNCIONES DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN SALUD MENTAL**
MARTA GÓMEZ MASERA Y ROCIO ANDRADE GUTIÉRREZ 2951
- 634 TERAPIA OCUPACIONAL Y SU IMPACTO POSITIVO EN LA REHABILITACIÓN DE AMPUTADOS**
MARTA GÓMEZ MASERA 2955
- 635 EL ESTRÉS TÉRMICO EN EL ÁREA HOSPITALARIA**
DIEGO MENES 2959
- 636 EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA: FUNCIONES**
EVA DÍAZ DÍAZ Y ANTONIO BACHILLER GONZÁLEZ 2963
- 637 EL TÉCNICO DE RAYOS EN LA REALIZACIÓN DE IMAGENES METABOLICAS - MOLECULARES**
ALBERTO LEANDRO MAIZ SANTOS, LAURA ALJARILLA PONCE, SONIA OVEJERO GALLO, JOSEFINA MARTÍNEZ VILLA Y ROSA ANA GAMBIN LORENZO 2967
- 638 EL TÉCNICO DE RAYOS EN LA COLABORACIÓN EN LA ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS RADIOMETABÓLICOS**
ALBERTO LEANDRO MAIZ SANTOS, LAURA ALJARILLA PONCE, SONIA OVEJERO GALLO, JOSEFINA MARTÍNEZ VILLA Y ROSA ANA GAMBIN LORENZO 2971
- 639 EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y LA ORINA ÁCIDA Y BÁSICA**
VIRGINIA SERRANO BECERRA, MARÍA TERESA PUENTES LÉRIDA Y MARTA PULIDO SÁNCHEZ 2975

- 640EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y LOS TIPOS DE AGUA**
VIRGINIA SERRANO BECERRA, MARÍA TERESA PUENTES LÉRIDA Y
MARTA PULIDO SÁNCHEZ 2979
- 641EL TÉCNICO DE RAYOS Y LA OBTENCIÓN DE RESULTADOS POR
RADIOINMUNOANÁLISIS**
LAURA ALJARILLA PONCE, ALBERTO LEANDRO MAIZ SANTOS,
SONIA OVEJERO GALLO, JOSEFINA MARTÍNEZ VILLA Y ROSA ANA
GAMBIN LORENZO 2983
- 642EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y LAS PRUEBAS
HEMATOLÓGICAS**
MARÍA TERESA PUENTES LÉRIDA, VIRGINIA SERRANO BECERRA Y
MARTA PULIDO SÁNCHEZ 2987
- 643LAVADO HIGIÉNICO DE MANOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.**
ANA ESTHER FERNANDEZ RODRIGUEZ 2991
- 644LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES EN EL HOSPITAL: EL ROL DE
LOS CELADORES EN LA HIGIENE HOSPITALARIA**
BARBARA PANTANI, JAVIER FERNÁNDEZ GÓMEZ, MARA
RODRÍGUEZ GÓMEZ, JESUS DIAZ-MAYORDOMO Y RUBENS TORIJA
RESUELA 2995
- 645EL TELEFONISTA Y LOS MENSAJES DE SMS Y MMS**
MARTA ORTEGA GOMEZ, OLGA MARTÍNEZ ORTEGA Y ELENA
ORTEGA GOMEZ 3001
- 646EL TELEFONISTA Y LOS MEDIOS DE LOCALIZACIÓN
TELEFÓNICA A USUARIOS DEL SISTEMA SANITARIO**
MARTA ORTEGA GOMEZ, OLGA MARTÍNEZ ORTEGA Y ELENA
ORTEGA GOMEZ 3005
- 647EL PAPEL DEL CELADOR EN EL ANIMALARIO**
ROSA YASMIN BOGOTÁ CASTRO, BEGOÑA PALACIOS MICO, DAVID
MECINAS CASAS, MANUEL PALACIOS GARCÍA-CHINCHILLA Y
DAVID MORENO GÓMEZ 3009

- 648LA FORMACIÓN CONTÍNUA DE LOS CELADORES
HOSPITALARIOS: MEJORANDO LA CALIDAD ASISTENCIAL**
BARBARA PANTANI, JAVIER FERNÁNDEZ GÓMEZ, MARA
RODRÍGUEZ GÓMEZ, JESUS DIAZ-MAYORDOMO Y RUBENS TORIJA
RESUELA 3013
- 649EL TELEFONISTA Y LOS TIPOS DE GUÍAS TELEFÓNICAS
EXISTENTES**
ELENA ORTEGA GOMEZ, OLGA MARTÍNEZ ORTEGA Y MARTA
ORTEGA GOMEZ 3021
- 650EL PAPEL DEL CELADOR EN EL EQUIPO DE ATENCIÓN
ESPECIALIZADA**
ROSA YASMIN BOGOTÁ CASTRO, BEGOÑA PALACIOS MICO, DAVID
MECINAS CASAS, MANUEL PALACIOS GARCÍA-CHINCHILLA Y
DAVID MORENO GÓMEZ 3025
- 651EL CELADOR HOSPITALARIO COMO PROMOTOR DE LA
SEGURIDAD DEL PACIENTE: EXPERIENCIAS Y DESAFÍOS**
BARBARA PANTANI, JAVIER FERNÁNDEZ GÓMEZ, MARA
RODRÍGUEZ GÓMEZ, JESUS DIAZ-MAYORDOMO Y RUBENS TORIJA
RESUELA 3029
- 652EL TRABAJO EN EQUIPO EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS**
CAROLINA ARTIDIELLO ESCOBIO 3037
- 653LA CARTERA DE SERVICIOS COMUNES DEL SISTEMA NACIONAL
DE SALUD DE ESPAÑA**
MONTSERRAT MENÉNDEZ MENÉNDEZ, SOFÍA LAFUENTE
MENÉNDEZ Y AROA PELÁEZ CANO 3041
- 654PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DENTRO DEL ÁREA
HOSPITALARIA**
DIEGO MENES 3045
- 655BARRERAS ARQUITECTÓNICAS EN EL AMBIENTE SANITARIO**
ANA ESTHER FERNANDEZ RODRIGUEZ 3049

- 656COMPETENCIAS DEL CELADOR EN QUIRÓFANO**
ROSA YASMIN BOGOTÁ CASTRO, BEGOÑA PALACIOS MICO, DAVID
MECINAS CASAS, MANUEL PALACIOS GARCÍA-CHINCHILLA Y
DAVID MORENO GÓMEZ 3053
- 657EL COCINERO DE UN CENTRO HOSPITALARIO Y LA SEGURIDAD
ALIMENTARIA EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS**
MARÍA TERESA LÓPEZ MORCILLO, ABEL DEL AMO UTRILLA,
ÁLVARO MÁRQUEZ FERNÁNDEZ MEDINA, MARIA DOLORES
TORIJA BARRAGAN Y ISABEL SAUCEDO MOLINA 3057
- 658EL COCINERO Y LOS ALIMENTOS FUNCIONALES EN LAS
COCINAS HOSPITALARIAS**
MARÍA TERESA LÓPEZ MORCILLO, ABEL DEL AMO UTRILLA,
ÁLVARO MÁRQUEZ FERNÁNDEZ MEDINA, MARIA DOLORES
TORIJA BARRAGAN Y ISABEL SAUCEDO MOLINA 3061
- 659EL COCINERO/A HOSPITALARIO Y LA IMPORTANCIA DE LA
VITAMINA A EN LOS ALIMENTOS PARA LOS PACIENTES DE LOS
CENTROS HOSPITALARIOS**
MARÍA TERESA LÓPEZ MORCILLO, ABEL DEL AMO UTRILLA,
ÁLVARO MÁRQUEZ FERNÁNDEZ MEDINA, MARIA DOLORES
TORIJA BARRAGAN Y ISABEL SAUCEDO MOLINA 3065
- 660LISTAS DE ESPERA EN LA ATENCIÓN SANITARIA**
ANA ESTHER FERNANDEZ RODRIGUEZ 3069
- 661EL CALEFACTOR EN EL MANTENIMIENTO DEL EQUIPO DE
PRODUCCIÓN DE CALOR EN EL HOSPITAL**
DAVID AGUERO OTERO, JOSÉ MANUEL COLOMO BERMEJO Y
RUBÉN LÓPEZ PROPÍN 3073
- 662FUNCIONES DEL CALEFACTOR EN EL MANTENIMIENTO DE LOS
DEPÓSITOS ACUMULABLES**
DAVID AGUERO OTERO, JOSÉ MANUEL COLOMO BERMEJO Y
RUBÉN LÓPEZ PROPÍN 3077

- 663 FUNCIONES EL CALEFACTOR EN LAS CENTRALES DE FRÍO
HOSPITALARIAS**
JOSÉ MANUEL COLOMO BERMEJO, RUBÉN LÓPEZ PROPÍN Y DAVID
AGUERO OTERO 3081
- 664 IMPORTANCIA DE LA ASERTIVIDAD EN EL ÁMBITO LABORAL**
CARIDAD FERNÁNDEZ BARNETO, ANA BELÉN PÉREZ GALLEGU,
MERCEDES OLOJO, ANA DIAZ Y ANDREA POMBO FERNÁNDEZ 3085
- 665 LOS CELADORES EN EL SERVICIO DE INFORMACIÓN**
MARA GARCIA GARRIDO, CRISTINA DE LA VEGA VICENTE, HUGO
MIGUEL FRANCISCO FERREIRO, MAR BELDA MARCO Y LOURDES
VICENTE VALENCIA 3091
- 666 LOS CELADORES Y EL USO DE GRÚAS PARA PACIENTES SIN
MOVILIDAD.**
MARA GARCIA GARRIDO, CRISTINA DE LA VEGA VICENTE, HUGO
MIGUEL FRANCISCO FERREIRO, MAR BELDA MARCO Y LOURDES
VICENTE VALENCIA 3095
- 667 LAS FUNCIONES DE LOS CELADORES EN EL SERVICIO DE
REANIMACIÓN**
MARA GARCIA GARRIDO, CRISTINA DE LA VEGA VICENTE, HUGO
MIGUEL FRANCISCO FERREIRO, MAR BELDA MARCO Y LOURDES
VICENTE VALENCIA 3099
- 668 FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ASEO DEL PACIENTE
HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE TRAUMATOLOGÍA**
MARÍA SUSANA NAVARRO SANCHEZ, SANDRA GÓMEZ
FERNÁNDEZ, FÉLIX GUTIÉRREZ GÓMEZ, ROBERTO BERNAL
MORENO Y DANIEL CORDERO SÁNCHEZ CHIQUITO 3103
- 669 FUNCIONES DEL CELADOR ANTE LOS OBJETOS PERDIDOS U
OLVIDADOS DE LOS PACIENTES**
MARÍA SUSANA NAVARRO SANCHEZ, SANDRA GÓMEZ
FERNÁNDEZ, FÉLIX GUTIÉRREZ GÓMEZ, ROBERTO BERNAL
MORENO Y DANIEL CORDERO SÁNCHEZ CHIQUITO 3107

- 670 FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN A DOMICILIO**
MARÍA SUSANA NAVARRO SANCHEZ, SANDRA GÓMEZ FERNÁNDEZ, FÉLIX GUTIÉRREZ GÓMEZ, ROBERTO BERNAL MORENO Y DANIEL CORDERO SÁNCHEZ CHIQUITO 3111
- 671 EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA TARJETA SANITARIA**
REBECA GONZÁLEZ MARTÍN, JAIME MERINO HERVAS, MERCEDES LATORRE DELGADO, ANA BELÉN CANO LÓPEZ DE LA RICA Y MIRIAN GARCIA GARCIA 3115
- 672 EL ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA Y EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA**
REBECA GONZÁLEZ MARTÍN, JAIME MERINO HERVAS, MIRIAN GARCIA GARCIA, MERCEDES LATORRE DELGADO Y ANA BELÉN CANO LÓPEZ DE LA RICA 3119
- 673 LA MULTICULTURALIDAD Y EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA**
REBECA GONZÁLEZ MARTÍN, JAIME MERINO HERVAS, MIRIAN GARCIA GARCIA, MERCEDES LATORRE DELGADO Y ANA BELÉN CANO LÓPEZ DE LA RICA 3123
- 674 LIDERAZGO EN ENTORNOS SANITARIOS**
EVANGELINA SUAREZ GARCIA, ANA BELÉN BERMÚDEZ GUTIÉRREZ, SANDRA PEREIRA GARCÍA Y LORENA ARECES FERNÁNDEZ 3127
- 675 EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA CONSULTA DE RADIOLOGÍA**
MARÍA DEL CARMEN GÓMEZ SORIANO, JONATAN RUIZ MORALES, AZUCENA GUERRA DIAZ Y CRISTINA LÓPEZ GÓMEZ 3133
- 676 EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA CONSULTA DE YESOS**
MARÍA DEL CARMEN GÓMEZ SORIANO, JONATAN RUIZ MORALES, AZUCENA GUERRA DIAZ Y CRISTINA LÓPEZ GÓMEZ 3137

- 677 EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA CONSULTA DE OTORRINO
JONATAN RUIZ MORALES, AZUCENA GUERRA DIAZ, CRISTINA LÓPEZ GÓMEZ Y MARÍA DEL CARMEN GÓMEZ SORIANO 3141
- 678 PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DE UN CELADOR EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIA.
GUILLERMO MORENO PÉREZ 3145
- 679 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL TRÁMITE DE FORMALIZACIÓN DE DOCUMENTOS EN LOS CENTROS SANITARIOS
LAURA LOPEZ GONZÁLEZ, MANUELA LUCÍA CRIADO GONZÁLEZ, GUILLERMO MORENO PÉREZ, EDITA CUETO GONZALEZ Y EMILIA VIZCAYA LOPEZ 3151
- 680 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN TELEFÓNICA EN LOS DISTINTOS CENTROS SANITARIOS.
LAURA LOPEZ GONZÁLEZ, MANUELA LUCÍA CRIADO GONZÁLEZ, GUILLERMO MORENO PÉREZ, EDITA CUETO GONZALEZ Y EMILIA VIZCAYA LOPEZ 3155
- 681 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE SANIDAD Y LA PATOLOGÍA DEL TÚNEL CARPIANO
LAURA LOPEZ GONZÁLEZ, MANUELA LUCÍA CRIADO GONZÁLEZ, GUILLERMO MORENO PÉREZ, EDITA CUETO GONZALEZ Y EMILIA VIZCAYA LOPEZ 3159
- 682 EL PINCHE DE COCINA Y SU LABOR Y RESPONSABILIDAD EN LA DIETA DE UN PACIENTE CON ALERGIA AL GLUTEN
AMANDA PEÑA VALLE Y ANTONIO BACHILLER GONZÁLEZ 3163
- 683 EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA: LABOR Y RESPONSABILIDAD CON UN PACIENTE CON INTOLERANCIA A LA LACTOSA
BELÉN MORENO FLORES Y ANTONIO BACHILLER GONZÁLEZ 3167

684	INFECCIÓN URINARIA. UNA REVISIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA LORENA ALFARO SÁNCHEZ, MARIA DEL CARMEN CASTRO ALCÁZAR, CASANDRA GONZALEZ FUENTES, JUANAANGELES RUIZ SANCHEZ Y PATRICIA SÁNCHEZ	3171
685	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PACIENTE TERMINAL EN EL DOMICILIO LORENA ALFARO SÁNCHEZ, MARIA DEL CARMEN CASTRO ALCÁZAR, CASANDRA GONZALEZ FUENTES, JUANAANGELES RUIZ SANCHEZ Y PATRICIA SÁNCHEZ	3177
686	EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL LABORATORIO LUCIO VICENTE MITMA	3183
687	EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA PLANTA DE GINECOLOGÍA DE UN HOSPITAL PÚBLICO MARÍA ELENA DÍAZ DE LA CRUZ, ANA BELEN RIPIERO CARBONELL Y ISABEL GONZÁLEZ GARCÍA	3187
688	EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA PLANTA DE PARTOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO MARÍA ELENA DÍAZ DE LA CRUZ, ANA BELEN RIPIERO CARBONELL Y ISABEL GONZÁLEZ GARCÍA	3191
689	EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA PLANTA DE RAYOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO ANA BELEN RIPIERO CARBONELL, ISABEL GONZÁLEZ GARCÍA Y MARÍA ELENA DÍAZ DE LA CRUZ	3195
690	TÉCNICO ESPECIALISTA EN TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN: ADMINISTRACIÓN DE DATOS DE PACIENTES EN HOSPITALES ISMAEL CARRETERO AMORES	3199
691	LA COMUNICACIÓN TELEFÓNICA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO CON EL PACIENTE MARIA SONIA FERNÁNDEZ GÓMEZ, NOEMÍ GARCÍA LÓPEZ, MARIA MERCEDES ALMENDROS DURO, FERNANDO REDONDO MORENO Y AMANDA CABIEDAS ESPADA	3205

- 692 LA ATENCIÓN PRIMARIA, PERSPECTIVA DE UN AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
MARIA SONIA FERNÁNDEZ GÓMEZ, NOEMÍ GARCÍA LÓPEZ,
MARIA MERCEDES ALMENDROS DURO, FERNANDO REDONDO
MORENO Y AMANDA CABIEDAS ESPADA 3211
- 693 GESTIÓN DE CAMAS HOSPITALARIAS POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
MARIA SONIA FERNÁNDEZ GÓMEZ, NOEMÍ GARCÍA LÓPEZ,
MARIA MERCEDES ALMENDROS DURO, FERNANDO REDONDO
MORENO Y AMANDA CABIEDAS ESPADA 3217
- 694 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL REGLAMENTO 2016/679 DEL 27 DE ABRIL DE 2016 RELATIVO A LA PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS FÍSICAS Y LA PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES**
PATRICIA ALFARO ROA, MARTA JIMENEZ LOPEZ, GRACIA
SANCHEZ SAEZ, DAVID TERCERO BLANCO Y ELENA SARRIA
PEREA 3223
- 695 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL USO DEL ARCHIVO HOSPITALARIO Y SU DOCUMENTACIÓN CLÍNICA**
PATRICIA ALFARO ROA, MARTA JIMENEZ LOPEZ, GRACIA
SANCHEZ SAEZ, DAVID TERCERO BLANCO Y ELENA SARRIA
PEREA 3227
- 696 ADMISIÓN HOSPITALARIA: EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO COMO PUNTO DE REFERENCIA E INFORMACIÓN**
PATRICIA ALFARO ROA, MARTA JIMENEZ LOPEZ, GRACIA
SANCHEZ SAEZ, DAVID TERCERO BLANCO Y ELENA SARRIA
PEREA 3231
- 697 FUNCIONES DEL CELADOR EN EL BANCO DE SANGRE DEL HOSPITAL**
VICTOR GARCIA GARCIA, DAVID DE LA PEÑA MARTÍN, VICTOR
FERNÁNDEZ PLEITE Y PEDRO JOSÉ CAÑADAS GALIANO 3235

- 698LA TUBERCULOSIS, CUIDADOS DE ENFERMERÍA**
GLORIA MARIA COLLADO IZQUIERDO, PILAR BARQUERO LINDO,
PAULA MORENO CIVANTOS, BÁRBARA TRANCOSO FERNÁNDEZ Y
PILAR MOYA MARTÍNEZ 3241
- 699LA TERAPIA COMPRESIVA EN LAS ÚLCERAS VENOSAS POR
PARTE DE ENFERMERÍA**
GLORIA MARIA COLLADO IZQUIERDO, PILAR BARQUERO LINDO,
PAULA MORENO CIVANTOS, BÁRBARA TRANCOSO FERNÁNDEZ Y
PILAR MOYA MARTÍNEZ 3247
- 700TRATAMIENTO ENFERMERO ANTE LA ANSIEDAD
PREQUIRÚRGICA EN EMBARAZADAS.**
MIGUEL ÁNGEL PEINADO MUÑOZ, ISABEL ILLANA LÓPEZ,
FRANCISCO JAVIER CASTRO BARRIOS, PATRICIA BLANCO
ESTEBAN Y NATALIA HONRADO GIRON 3253
- 701EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN EL TRATAMIENTO PARA LAS
GRIETAS DEL PEZÓN EN LA LACTANCIA MATERNA**
PAULA MORENO CIVANTOS, BÁRBARA TRANCOSO FERNÁNDEZ,
PILAR MOYA MARTÍNEZ, GLORIA MARIA COLLADO IZQUIERDO Y
PILAR BARQUERO LINDO 3257
- 702EL CELADOR Y EL TRASLADO DE DOCUMENTOS, OBJETOS Y EL
MANEJO DE LA DOCUMENTACIÓN SANITARIA**
VIOLETA CARRETERO RODRIGUEZ-REY, ÁNGELA GÓMEZ DEL
MORAL RODRÍGUEZ-BOBADA, FE SERRANO DE LA CRUZ JIMENEZ,
MARIA RAMIREZ BUITRAGO Y MIGUEL ÁNGEL RAMÍREZ
BUITRAGO 3263
- 703ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA SALA DE TRIAJE DE
URGENCIAS**
VIOLETA CARRETERO RODRIGUEZ-REY, ÁNGELA GÓMEZ DEL
MORAL RODRÍGUEZ-BOBADA, FE SERRANO DE LA CRUZ JIMENEZ,
MARIA RAMIREZ BUITRAGO Y MIGUEL ÁNGEL RAMÍREZ
BUITRAGO 3267
- 704FUNCIÓN DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA**
PEDRO FRANCISCO MOLINA ARMERO 3271

705 FIBROSIS QUÍSTICA EN EL LABORATORIO PATRICIA RUTH MENENDEZ SOLIS	3275
706 PROCESOS ADMINISTRATIVOS EN SANIDAD YESICA FERNANDEZ RUBIO	3281
707 ACTUACIÓN DEL PINCHE ANTE LA DIETA DEL PCIENTE DIABÉTICO GEORGETA MIORITA BALAS, ALEJANDRO MARÍN FERNANDEZ Y DAVID MARTÍNEZ MARTÍNEZ	3285
708 ACTUACIÓN DEL PINCHE DE COCINA ANTE LA ELABORACIÓN DE LA DIETA LÍQUIDA GEORGETA MIORITA BALAS, ALEJANDRO MARÍN FERNANDEZ Y DAVID MARTÍNEZ MARTÍNEZ	3289
709 ACTUACIÓN DEL PINCHE DE COCINA EN LA ELABORACIÓN DE LA DIETA BLANDA DAVID MARTÍNEZ MARTÍNEZ, GEORGETA MIORITA BALAS Y ALEJANDRO MARÍN FERNANDEZ	3293
710 LA COLABORACIÓN INTERDISCIPLINARIA EN LA COCINA HOSPITALARIA: CÓMO TRABAJAR DE LA MANO CON NUTRICIONISTAS Y DIETISTAS AGUSTÍN MIGUEL ACERO DORADOR, MARÍA ANGELES CHAPARRO LIMONCHE, JAVIER MARTINEZ VALIENTE Y PATRICIA ROJAS MORENO	3297
711 GESTIÓN DE COMPRAS Y ALMACENAMIENTO DE INSUMOS EN LA COCINA SANITARIA: OPTIMIZACIÓN Y SEGURIDAD A CARGO DEL PINCHE DE COCINA AGUSTÍN MIGUEL ACERO DORADOR, MARÍA ANGELES CHAPARRO LIMONCHE, JAVIER MARTINEZ VALIENTE Y PATRICIA ROJAS MORENO	3303

712	GESTIÓN DE ALIMENTOS EN CUARENTENA: CÓMO EL PINCHE DE COCINA ASEGURA LA INOCUIDAD EN SITUACIONES DE EMERGENCIA SANITARIA AGUSTÍN MIGUEL ACERO DORADOR, MARÍA ANGELES CHAPARRO LIMONCHE, JAVIER MARTINEZ VALIENTE Y PATRICIA ROJAS MORENO	3309
713	EL ODONTOLOGO Y SUS FUCNCIONES EN LA ODONTOLOGÍA GERIÁTRICA MARIA ELENA QUILEZ PARREÑO Y TAMARA VALERA COLLADO	3315
714	EL ODONTOLOGO Y EL XILITOL MARIA ELENA QUILEZ PARREÑO Y TAMARA VALERA COLLADO	3319
715	LA NEURALGIA DEL TRIGÉMINO Y EL ODONTOLOGO TAMARA VALERA COLLADO Y MARIA ELENA QUILEZ PARREÑO	3323
716	EL PAPEL DEL GRUPO DE GESTIÓN EN LA FUNCIÓN ADMINISTRATIVA EN LA REGULACIÓN DE LOS ATRASOS DE LA NÓMINA DEL PERSONAL HOSPITALARIO JUAN-LUIS SÁNCHEZ-FERRERO PUERTO, ANGEL MODESTO RODRIGUEZ VILLASEVIL Y LAURA JERÓNIMO OLAYA	3327
717	EL PAPEL DEL GRUPO DE GESTIÓN EN LA FUNCIÓN ADMINISTRATIVA EN EL ENVÍO DE CERTIFICADOS DEL PERSONAL JUAN-LUIS SÁNCHEZ-FERRERO PUERTO, ANGEL MODESTO RODRIGUEZ VILLASEVIL Y LAURA JERÓNIMO OLAYA	3331
718	CONCILIACIÓN FAMILIAR EN EL ÁMBITO SANITARIO ANA ESTHER FERNANDEZ RODRIGUEZ	3335
719	EL PAPEL DEL GRUPO DE GESTIÓN EN LA FUNCIÓN ADMINISTRATIVA EN EL PROGRAMA DE GESTIÓN DE NÓMINAS ANGEL MODESTO RODRIGUEZ VILLASEVIL, JUAN-LUIS SÁNCHEZ-FERRERO PUERTO Y LAURA JERÓNIMO OLAYA	3339
720	EFFECTOS NOCIVOS DE LA EXPOSICION PROLONGADA A LAS PANTALLAS Y MONITORES EN EL ÁMBITO SANITARIO ANA ESTHER FERNANDEZ RODRIGUEZ	3343

- 721 EFECTIVIDAD DE LAS TÉCNICAS DE FISIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA: REVISIÓN SISTEMÁTICA**
SOFIA LÓPEZ GONZÁLEZ, SUSANA PUENTE CANALEJAS, MARIA LUCIA EXPOSITO SILLER Y DAVID SIERRA RUIZ 3347
- 722 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN ATENCIÓN PRIMARIA.**
NATALIA HONRADO GIRON, MIGUEL ÁNGEL PEINADO MUÑOZ, ISABEL ILLANA LÓPEZ, FRANCISCO JAVIER CASTRO BARRIOS Y PATRICIA BLANCO ESTEBAN 3353
- 723 IMPORTANCIA DEL TRABAJO DE LAS ENFERMERAS Y MATRONAS EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE EL EMBARAZO**
NATALIA HONRADO GIRON, MIGUEL ÁNGEL PEINADO MUÑOZ, ISABEL ILLANA LÓPEZ, FRANCISCO JAVIER CASTRO BARRIOS Y PATRICIA BLANCO ESTEBAN 3359
- 724 ENFERMEDAD DE HODGKIN: UNA REVISION DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
LORENA ALFARO SÁNCHEZ, MARIA DEL CARMEN CASTRO ALCÁZAR, CASANDRA GONZALEZ FUENTES, JUANAANGELES RUIZ SANCHEZ Y PATRICIA SÁNCHEZ 3365

Capítulo 1

PENFIGOIDE OCULAR Y LOS NUEVOS FÁRMACOS INHIBIDORES CHECKPOINTS DEL SISTEMA INMUNOLÓGICO

VANESA RIVERO GUTIERREZ

1 Introducción

Las enfermedades ampollosas se basan en la formación de una ampolla o vesícula debido a alteraciones en la unión epidérmica o dermoepidérmica.

Estos defectos en la unión pueden tener un origen congénito, traumático (tóxicos, físicos o inflamatorios) o secundario a patologías metabólicas o autoinmunes.

En este último grupo de origen autoinmune se produce por anticuerpos que atacan proteínas estructurales que participan en la unión celular, provocando una pérdida de la cohesión que ayuda a la formación de la ampolla.

Según la localización del defecto de unión que origina la ampolla pueden ser:

- Pérdida de la unión intraepidérmica: grupo de los pénfigos.
- Pérdida de la unión subepidérmica: grupo de los penfigoides.

En el grupo de los penfigoides, los autoanticuerpos están dirigidos contra la zona de la membrana basal, con formación de ampollas subepidérmicas/subepiteliales. Este incluye: penfigoide ampolloso, dermatosis lineal IgA, epidermólisis bullosa adquirida, dermatitis herpetiforme y penfigoide de mucosas.

El término penfigoide de mucosas (PM) se utiliza en pacientes con afectación simultánea de múltiples mucosas, mientras que PM ocular (PMO) o PM oral se emplea para pacientes con afectación de un solo sitio. El PM engloba enfermedades de curso crónico, mediadas por autoanticuerpos que generan ampollas subepidérmicas con afectación predominante de membranas mucosas y tendencia a la cicatrización. Mediante inmunofluorescencia podemos detectar un depósito lineal de IgG, IgA y/o C3 en la zona de la membrana basal epitelial. La mucosa ocular está afectada en el 61% de los casos de PM.

Se da con mayor frecuencia en sexo femenino, y raza caucásica entre los 60 y 70 años.

La patogénesis exacta y los factores que favorecen el desarrollo del PM son desconocidos, pero se sabe que a nivel ocular es una reacción de hipersensibilidad tipo II contra las proteínas de la unión entre la membrana basal y el epitelio conjuntival. Una predisposición genética, relacionada con alteraciones en el HLA tipo II, son necesarias para la aparición del PM.

La clínica de PM se divide en tres fases: fase de daño tisular, fase inflamatoria y proliferativa y fase fibrótica.

A nivel ocular la manifestación pínice del PM es la conjuntivitis cicatricial bilateral (generalmente asimétrica), crónica y progresiva, que en estadio IV puede desembocar en anquiblefarón y ojo seco severo con queratinización corneal. Por lo que esta enfermedad tiene un potencial letal a la hora de conducir al paciente hacia la ceguera a nivel ocular o la muerte con la afectación de múltiples mucosas.

Su diagnóstico se hace difícil debido a que es poco frecuente y sus manifestaciones clínicas son muy heterogéneas e inespecíficas. La inmunofluorescencia directa (IFD) sería uno de los métodos usados: Depósito lineal IgG, IgA y/o C3 en mb basal de piel o mucosa sería el hallazgo.

La Inmunofluorescencia indirecta (IFI) identifica autoanticuerpos circulantes en el suero del paciente. Se considera IFI positiva cuando se detecta un depósito lineal de IgG o IgA en la zona de la membrana basal.

Otras opciones diagnósticas serían identificar: autoanticuerpos antígeno específicos: Ag BP230, laminina 332, colágeno tipo VII y BP180 y estudio histológico.

Para el Penfigoide ocular se consideran diagnósticos los siguientes criterios:

- IFD positiva de conjuntiva u otro sitio (piel u otra mucosa).
- IFD negativa de piel y mucosa, pero IFI positiva.

- IFD e IFI negativas en pacientes con signos clínicos típicos y cicatrización conjuntival progresiva, siempre y cuando se hayan descartado otras causas de conjuntivitis cicatricial mediante estudio histopatológico, historia clínica y examen físico detallado.

2 Objetivos

-Conocer la patología penfigoide ocular para su pronto diagnóstico.

3 Caso clínico

Varón de 66 años en tratamiento con carboplatino/pemeterxed/pembrolizumab por Carcinoma de pulmón estadio IV derivado desde oncología por ojos rojos y molestias oculares de semanas de evolución. No presentaba antecedentes oftalmológicos previos.

Se realiza una exploración a la que presenta una agudeza visual (AV) por ojo derecho (OD) de 0.3 y por ojo izquierdo (OI) de 0.2.

En la biomicroscopia (BMC) nos encontramos con un simbléfaron muy marcado en ambos ojos, con membranas tapizando fondos de saco y conjuntiva bulbar con aspecto de penfigo / pseudopenfigo. Además, coexiste una estriada gruesa en Descemet + en su OD.

Se retiran membranas y se inicia tratamiento tópico con netilmicina y dexametasona en ambos ojos.

Al día siguiente se produce una desepitelización en OD por lo que se mantiene tratamiento y se añade una lente de contacto terapéutica que ayude a su cicatrización.

Se realizó exudado conjuntival con resultado negativo para bacterias y virus.

Así mismo se lleva a cabo una IFI en sangre y detección de autoanticuerpos que arrojan un resultado negativo.

Se decide comenzar con prednisona oral sumada al tratamiento anterior.

Se inicia un estudio bibliográfico para detectar una posible asociación de la enfermedad con la medicación tomada por el paciente, encontrándose que el pembrolizumab podría estar relacionado con la patología.

Por lo que se procede a:

Suspender tratamiento con pembrolizumab

Ajustar tratamiento a:

- Netilmicina/Dexametasona colirio cada 2 horas
- Ciclosporina 0,05% 3 veces al día

- Prednisona 100 mg/día (2 mg/kg)
- Colirio de insulina 1 UL/mL 2 veces al día

Observándose finalmente una mejoría de la AV a la unidad y un simbléfaron con leve acortamiento fondos de saco en ambos ojos, y en OD un haze corneal central residual.

4 Discusión-Conclusión

Los tratamientos inmunosupresores tópicos no son efectivos para el control de la progresión del PMO, sirven para el alivio sintomático.

Los tratamientos inmunosupresores sistémicos son los que se han demostrado eficaces en el control de la inflamación en PMO: dapsona, sulfasalazina o sulfapiridina para la inflamación leve-moderada; azatioprina, micofenolato o metotrexato para la inflamación moderada o para la enfermedad resistente a sulfonamidas, y ciclofosfamida con una pauta corta de prednisona para la inflamación severa. El rituximab, otros biológicos y la inmunoglobulina intravenosa se reservan para enfermedad severa que no responde a los inmunosupresores convencionales.

Se recomiendan un abordaje gradual siguiendo una escalera terapéutica, dependiendo de la gravedad de la enfermedad. No se aconseja cambiar de tratamiento antes de 12 semanas (debido a que tarda semanas en hacer efecto, excepto la prednisona) ni tampoco la combinación de mielosupresores entre ellos ni con anti-CD20. La prednisona a altas dosis puede ser efectiva durante un periodo corto de tiempo y si se puede combinar con otro inmunosupresor.

En nuestro caso, el uso sistémico de prednisona fue suficiente para detener el avance de la enfermedad.

El oftalmólogo debe tener un buen ojo clínico y mantener una sospecha diagnóstica en casos de conjuntivitis crónica, recurrente e inexplicable, sobre todo si existe cicatrización subepitelial.

Es muy importante una revisión de la historia clínica de paciente (antecedentes personales, familiares, tratamientos, enfermedades...) con el fin de detectar causa secundarias o desencadenantes de dicha patología.

Por último, es necesario un abordaje multidisciplinar del paciente, debido a la posibilidad de afectación multisistémica y el manejo de fármacos inmunosupresores a los que el oftalmólogo no está acostumbrado en su práctica diaria.

5 Bibliografía

- Rashid, H., Lamberts, A., Borradori, L., Alberti-Violetti, S., Barry, R. J., Caproni, M., Carey, B., Carrozzo, M., Caux, F., Cianchini, G., Corrà, A., Diercks, G. F. H., Dikkers, F. G., Di Zenzo, G., Feliciani, C., Geerling, G., Genovese, G., Hertl, M., Joly, P., Marzano, A. V., ... Horváth, B. (2021). European guidelines (S3) on diagnosis and management of mucous membrane pemphigoid, initiated by the European Academy of Dermatology and Venereology - Part I. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology : JEADV*, 35(9), 1750–1764. <https://doi.org/10.1111/jdv.17397>
- Zhou, L., & Wei, X. (2021). Ocular Immune-Related Adverse Events Associated With Immune Checkpoint Inhibitors in Lung Cancer. *Frontiers in immunology*, 12, 701951. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2021.701951>
- Du, G., Patzelt, S., van Beek, N., & Schmidt, E. (2022). Mucous membrane pemphigoid. *Autoimmunity reviews*, 21(4), 103036. <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2022.103036>
- Srivastava, A., Al-Zubidi, N., Appelbaum, E., Gombos, D. S., Nader, M. E., Gidley, P. W., & Chambers, M. S. (2020). Immune-Related Oral, Otologic, and Ocular Adverse Events. *Advances in experimental medicine and biology*, 1244, 295–307. https://doi.org/10.1007/978-3-030-41008-7_17
- Sun, C. W., Grossman, S. K., Aphale, A., & Hsu, S. (2019). Pembrolizumab-induced bullous pemphigoid. *JAAD case reports*, 5(4), 362–364. <https://doi.org/10.1016/j.jdc.2019.02.008>
- Jabbour, S., Phylactou, M., & Ahmad, S. (2021). Ocular mucous membrane pemphigoid: novel treatment strategies. *Current opinion in allergy and clinical immunology*, 21(5), 486–492. <https://doi.org/10.1097/ACI.0000000000000767>

Capítulo 2

PROTOCOLO SUEROTERAPIA PARA PACIENTES QUIRÚRGICOS

ROCÍO FORNEIRO PÉREZ

CELIA CABRERO RODRÍGUEZ

1 Introducción

Se presenta un protocolo de sueroterapia para pacientes intervenidos de Cirugía General y del Aparato Digestivo para evitar la sobrecarga hídrica y, con ello, el edema agudo de pulmón (1). Es de suma importancia, un aporte hídrico intravenoso adecuado, sobre todo en aquellos pacientes sometidos a una cirugía mayor (como en el caso de cirugía abdominal).

Debemos tener en cuenta que dicho aporte debe ser restringido a su peso corporal para evitar posibles complicaciones como edemas en miembros inferiores o zonas declives, y lo que es más peligroso aún, derrame pleural o edemas agudo de pulmón ya que son complicaciones potencialmente mortales.

En función de las horas que el paciente tenga que mantener dieta absoluta, se pautará o no sueroterapia (2):

- Menos de 24 horas: la fluidoterapia no siempre está justificada.
- Menos de cinco días: Fluidoterapia indicada cuando no se puede usar la vía digestiva.
- Más de siete días: Administrar nutrición parenteral total.

Existen diferentes tipos de sueros, según su osmolalidad y cada grupo es específico para una determinada situación (3), según necesitemos hidratación, reposición de determinados electrolitos, una reposición de líquidos extracelulares y de si el paciente presenta o no hipertensión arterial o una función renal adecuada.

2 Objetivos

El objetivo de este protocolo es presentar los diferentes tipos de sueroterapia para un aporte hídrico adecuado y evitar la sobrecarga y así, el edema agudo de pulmón.

3 Metodología

Existen diferentes tipos de sueros, según su osmolalidad. Cada grupo es específico para una determinada situación(4):

- Hipotónicos: Suero fisiológico 0,45%, Suero glucosado 5% → hidratación
- Isotónicos: Salino 0,9%, Ringer, Ringer Lactato, Hartman, Plasmalite → hidratación extracelular y reposición de electrolitos.
- Hipertónicos: Glucosalinos 0.2 y 0.3% → Daño renal o hipertensión / Glucosa 10% , Glucoplurisalino , Isolite, Normaion Restaurador → Postoperatorio

4 Resultados

Existen diferentes pasos a seguir para pautar una adecuada fluidoterapia que se detallan a continuación (2,3):

1- Valoración y monitorización

Conocer si existe la necesidad de resucitación urgente. Para ello, debemos fijarnos en los diferentes signos vitales del paciente:

- Tensión arterial sistólica menor de 100mmHg
- Frecuencia cardíaca mayor de 90 latidos por minuto
- Relleno capilar menor de 2 segundos
- Frecuencia respiratoria mayor de 20 respiraciones por minuto

2-Resucitación

- Cristaloides con sodio entre 130-154 mmol/L con un bolo de 500mL a pasar en 15 minutos.
- Valorar si precisa nuevo bolo.
- Si ya se han administrado 2000mL y/o existen signos de shock, debemos avisar a la Unidad de Cuidados Intensivos o a la Unidad de Reanimación.

3- Mantenimiento de rutina:

- 25-35mL / kg / día de líquido
- 1 mmo l/ kg / día de sodio y cloro
- 20-40 mmol / día de potasio
- 50-100g / día de glucosa

Si el paciente está obeso o presenta sobrepeso, se debe ajustar la prescripción a su peso ideal.

Considerar una menor administración de líquidos intravenosos en paciente mayores o frágiles, con insuficiencia renal o fallo cardíaco y en situación de malnutrición.

4- Reemplazo y redistribución

Ajusta la prescripción intravenosa para evitar que existan déficit o exceso de líquidos y electrolitos.

Valorar pérdidas o excesos: sonda nasogástrica, sonda vesical, presencia de estomas, diarreas, vómitos...

Conocer el estado de hemodinámico del paciente: pulso, presión arterial, relleno capilar, presencia de edema pulmonar o periférico, presencia de hipotensión arterial.

5- Revaloración

- Si el paciente recibe fluidos para resucitación → ABCDE, frecuencia respiratoria, pulso, tensión arterial, niveles de lactato, pH arterial y exceso de bases.
- Monitorización clínica : balance hídrico, peso corporal dos veces por semana.

5 Discusión-Conclusión

Los beneficios de la fluidoterapia en el paciente postoperado con hipotensión y/o en fracaso renal agudo son evidentes, la duda reside en determinar el tipo de fluido, el volumen y el momento de su administración.

En un paciente quirúrgico debemos medir el peso durante su estancia en la sala de hospitalización dos veces por semanas mientras se le administren sueros por vía intravenosa, iniciar precozmente la ingesta oral y realizar controles analíticos de electrolitos para detectar cualquier déficit o exceso de electrolitos con el fin de corregirlo con el aporte de sueros.

En conclusión, la fluidoterapia es un tema importante que todo cirujano debe manejar para evitar complicaciones graves como el edema agudo de pulmón.

6 Bibliografía

1. Basora M, Colomina MJ, Moral V, Asuero de Lis MS, Boix E, Jover JL, et al. Guía de práctica clínica para la elección del fluido de restauración volémica perioperatoria en los pacientes adultos intervenidos de cirugía no cardíaca. Rev Esp Anestesiol Reanim [Internet]. 2016 [cited 2023 Oct 9];63(1):29–47. Available from: www.elsevier.es/redar

2. García-García ML, García-López JA, Aguayo-Albasini JL. Controversias sobre el manejo de la fluidoterapia en cirugía abdominal [Internet]. Vol. 94, Cirugia Espanola. Elsevier; 2016 [cited 2023 Oct 9]. p. 614–5. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-controversias-sobre-el-manejo-fluidoterapia-S0009739X16301476>
3. Sabate A, Koo M. Fluidoterapia: conceptos y racionalidad en su aplicación. Vol. 94, Cirugia Espanola. Elsevier Doyma; 2016. p. 369–71.
4. Campo Angora M, García Rodríguez P, Martínez Díaz C, Serrano Garrote O, Herreros De Tejada Y López Coterilla A. Utilización de fluidoterapia de mantenimiento en cirugía. Farm Hosp [Internet]. 2004 Mar 1 [cited 2023 Oct 9];28(2):84–9. Available from: <https://www.revistafarmaciahospitalaria.es/es-utilizacion-fluidoterapia-mantenimiento-cirugia-articulo-13118608>

Capítulo 3

METÁSTASIS PULMONARES DEL CÁNCER COLORRECTAL

CELIA CABRERO RODRÍGUEZ

ROCÍO FORNEIRO PÉREZ

1 Introducción

Los pacientes que padecen de un carcinoma colorrectal pueden desarrollar una enfermedad metastásica en algún momento de la evolución de su enfermedad. Se estima que la posibilidad de desarrollar metástasis puede ocurrir hasta en un 20% de los casos. En frecuencia, el pulmón es el segundo órgano más afectado después del hígado. En gran parte de los casos suele ser un hallazgo incidental durante un control realizado por oncología o cirugía cuanto se realiza una prueba de imagen para ver el estado de la enfermedad (progresión, remisión, remisión parcial) y los pacientes se encuentran asintomáticos. Como se ha mencionado previamente, el pulmón es el segundo órgano en frecuencia en la enfermedad metastásica y se calcula que hasta un 20-25% de los pacientes la desarrollarán. La supervivencia es variable, pero en algunos casos puede superar el 50% a los 5 años. Esta patología tumoral es de las pocas que permiten realizar tratamiento específicos y curables como pueden ser una cirugía.

Por todo ello, es importante conocer la identificación o sospecha radiológica de las metástasis y su diagnóstico diferencial, realizar un diagnóstico temprano e identificar los criterios de resecabilidad o conocer las terapias alternativas que se pueden ofrecer en pacientes con una metástasis irresecable.

2 Objetivos

Dar a conocer de forma general la identificación o sospecha radiológica de las metástasis pulmonares de cáncer colorrectal y el diagnóstico diferencial radiológico.

Identificar los criterios de resecabilidad.

Dar a conocer las terapias alternativas en los casos irresecables.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática fundamentalmente en las guías más recientes y actualizadas de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica y de Sociedades Internacionales de Cirugía General. Además, se han consultado artículos en las principales bases de datos como Pubmed, seleccionando algunos artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

RADIOLOGÍA

Respecto a la prueba de imagen, el diagnóstico diferencial respecto a un carcinoma broncogénico o de otra etiología puede ser complicado. Los hallazgos radiológicos más frecuentes suelen ser nódulos (hasta 3 cm), bien delimitados y generalmente son subpleurales. En cambio, los nódulos pulmonares compatibles con una neoplasia pulmonar primaria suelen ser irregulares, con bordes mal delimitados y espiculados. La presencia de varios nódulos y un tamaño superior a un centímetro aumenta la posibilidad de malignidad.

En el proceso diagnóstico de la enfermedad pulmonar, aparte de la neoplasia pulmonar primaria, también debe hacerse un diagnóstico diferencial con otras entidades neoplásicas, infecciosas o inflamatorias como neumonías atípicas (fúngicas, tuberculosis...), melanoma metastásico o hamartomas.

TRATAMIENTO

Generalmente la resección del nódulo es el gold standard para el diagnóstico de la enfermedad.

En algunos casos como tratamiento definitivo a nivel pulmonar se puede valorar la realización de una metastasectomía a este nivel.

Aunque no hay consenso o guía clínica clara sobre el abordaje de los casos, excepto la guía de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN).

Esta decisión requiere de un equipo multidisciplinar que evalúe de forma individualizada cada caso y que incluya a distintas especialidades relacionadas con esta patología como cirujanos torácicos o generales, oncólogos, neumólogos y radiólogos.

En general se aceptan como criterios de reseabilidad pulmonar los siguientes:

- ☒ Prueba de imagen torácica con nódulos compatibles con metástasis del cáncer colorrectal.
- ☒ Resecabilidad posible evidenciada mediante una prueba de imagen.
- ☒ Reserva cardiopulmonar o ausencia de comorbilidades que contraindiquen la cirugía.
- ☒ Enfermedad primaria controlada y ausencia de metástasis a otro nivel.
- ☒ Ausencia de alternativa terapéutica.

En otros casos podría considerarse la resección como la existencia de síntomas pulmonares derivados de los nódulos metastásicos, necesidad de toma de muestra o si no se puede descartar que se deba a otra patología.

Como terapias alternativas se puede valorar la terapia con SBRT, la ablación por radiofrecuencia o la quimioterapia.

5 Discusión-Conclusión

- El pulmón es el segundo órgano donde se desarrolla con más frecuencia una enfermedad metastásica de un carcinoma colorrectal.
- El diagnóstico diferencial radiológico respecto a un carcinoma broncogénico o de otra etiología puede ser complicado.
- Los hallazgos radiológicos más frecuentes: nódulos (hasta 3 cm), bien delimitados y subpleurales.
- No hay consenso o guía clínica clara sobre el abordaje de los casos, excepto la guía de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN).
- El tratamiento de estos casos requiere de un equipo multidisciplinar.
- Son criterios de reseabilidad pulmonar: nódulos compatibles con metástasis del cáncer colorrectal, reseabilidad posible evidenciada mediante una prueba

de imagen, reserva cardiopulmonar adecuada, ausencia de comorbilidades, enfermedad primaria controlada y ausencia de metástasis a otro nivel, ausencia de alternativa terapéutica.

- En casos irresecables se pueden valorar la terapia con SBRT, la ablación por radiofrecuencia o la quimioterapia.

6 Bibliografía

1. Rajas Naranjo O, Martínez Vergara A, Churruca Arróspide M, García Castillo E. Metástasis pulmonares. Manual SEPAR. Madrid, España: SEPAR; 2022.
2. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Clinical practice guidelines in oncology. http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp
3. Muñoz Llarena A, Carrera Revilla S, Gil-Negrete Laborda A, Pac Ferrer J, Barceló Galíndez R, López Vivanco G. Factores pronósticos en metástasis pulmonares resecables de carcinoma colorrectal [Prognostic factors associated with resectable pulmonary metastases from colorectal cancer]. Arch Bronconeumol. 2007 Jun;43(6):309-16.
4. Li J, Yuan Y, Yang F, Wang Y, Zhu X, Wang Z, et al. Expert consensus on multidisciplinary therapy of colorectal cancer with lung metastases (2019 edition). J Hematol Oncol. 2019 Feb 14;12(1):16. doi: 10.1186/s13045-019-0702-0.

Capítulo 4

FARINGOAMIGDALITIS: REVISIÓN DE LA ENFERMEDAD, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

ELIZABETH PATRICIA XICOTENCATL SOTO

1 Introducción

La infancia es una etapa de la vida donde la salud y el bienestar de los niños son de máxima importancia. Uno de los desafíos más comunes que enfrentan tanto los pequeños como sus padres y cuidadores es la faringoamigdalitis. Este capítulo se adentra en el mundo de la faringoamigdalitis en la infancia, una afección que afecta el tracto respiratorio superior de los niños y que, si no se aborda adecuadamente, puede causar molestias y complicaciones.

La faringoamigdalitis, caracterizada por la inflamación de las amígdalas y la garganta, es una causa común de dolor de garganta en niños. A menudo, está relacionada con infecciones virales o bacterianas y puede provocar síntomas que varían desde la fiebre y la dificultad para tragar hasta la irritación de las vías respiratorias. Su impacto en la vida de un niño es significativo, afectando su bienestar, su capacidad para alimentarse y su calidad de vida en general.

En este capítulo se revisan sus causas, los síntomas más comunes y cómo los profesionales de la salud pueden diferenciar entre las infecciones virales y bacterianas.

La faringoamigdalitis es una afección que puede ser angustiante tanto para los niños como para sus familias. Por lo tanto, es fundamental que los profesionales de la salud estén bien informados y capacitados para brindar un diagnóstico

preciso y un tratamiento efectivo. Este capítulo tiene como objetivo proporcionar una comprensión sólida de la faringoamigdalitis en la infancia, con el fin de mejorar la atención y el bienestar de los niños que la experimentan.

2 Objetivos

Proporcionar una visión integral de la faringoamigdalitis en la infancia, centrándose en su etiología, manifestaciones clínicas, diagnóstico diferencial y opciones de tratamiento.

Abordar las últimas recomendaciones y mejores prácticas para garantizar un enfoque compasivo y basado en la evidencia en la atención a niños que padecen faringoamigdalitis, con el fin de mejorar su bienestar y calidad de vida.

3 Metodología

Se llevó a cabo una búsqueda minuciosa en bases de datos académicas, tales como PubMed, UptoDate y bases de datos médicas especializadas, con el fin de obtener literatura científica relevante. Se emplearon palabras clave relacionadas con la faringoamigdalitis en niños, incluyendo sus causas, diagnóstico y tratamiento. Se definieron criterios de selección precisos para incorporar los estudios y documentos relevantes. Se tomaron en cuenta publicaciones científicas actualizadas, revisiones de expertos, directrices clínicas y estudios clínicos pertinentes, dándole prioridad a aquellos con fecha de publicación más reciente.

La información recopilada se sintetizó y se organizaron los hallazgos de la literatura en secciones temáticas relevantes para el capítulo, tales como las causas, el diagnóstico y el tratamiento de la faringoamigdalitis en la infancia.

4 Resultados

FARINGOAMIGDALITIS

La faringoamigdalitis aguda (FAA) es un trastorno febril agudo que normalmente es causado por una infección. En esta condición, se produce una inflamación en las mucosas de la faringe y/o las amígdalas faríngeas, lo que puede manifestarse a través de síntomas como enrojecimiento, hinchazón, presencia de secreciones, úlceras o vesículas.

Los niños suelen experimentar de 2 a 4 episodios de infección respiratoria al año, aunque es común que tengan de 5 a 8 episodios de resfriado común anualmente. En el 80 al 90% de los casos, la causa es viral. Estos episodios de infección suelen ser benignos y se resuelven por sí solos en poco tiempo. Entre los principales microorganismos de esta categoría se encuentran los adenovirus, rinovirus, coronavirus, coccisackie, parainfluenza, influenza A y B. Entre otros.

En una proporción menor, aproximadamente del 15 al 30% de los casos en niños y del 5 al 20% en adultos, la causa de la enfermedad es bacteriana. Entre las bacterias responsables, se destaca el *Streptococcus pyogenes* o estreptococo beta hemolítico del grupo A (EBHGA), debido a su relevancia clínica y su frecuencia más alta en comparación con otros microorganismos.

EPIDEMIOLOGÍA

La infección por EBHGA es poco común en niños menores de 3 años, pero afecta principalmente a niños en edad escolar y adolescentes, que tienen entre 3 y 14 años de edad.

Se observa con mayor regularidad en comunidades con problemas socioeconómicos donde existe una alta densidad de población, siendo la transmisión más frecuente en lugares donde hay un contacto cercano entre las personas, como escuelas, guarderías y hogares de menores.

La tasa de portadores faríngeos de EBHGA en niños puede variar según la situación epidemiológica. En algunos casos, puede alcanzar hasta un 15%, mientras que en adultos puede llegar hasta un 20%. En situaciones de brote de enfermedad estreptocócica, los niños en contacto con EBHGA pueden tener una tasa de portadores faríngeos de hasta un 50%.

La transmisión del contagio se produce a través del contacto cercano con una persona infectada con el virus FAE. En situaciones de brotes de FAE en entornos escolares, se observa que la propagación se facilita.

Durante la fase sintomática de la infección es cuando se produce la máxima transmisión.

Después de exponerse a EBHGA, el período de incubación de la FAE oscila entre 2 y 5 días.

Más del 50% de las personas que contraen el microorganismo desarrollarán enfermedades.

CUADROS CLÍNICOS ESPECÍFICOS

La valoración clínica será la herramienta más importante que utilizará el médico para determinar si es necesario realizar un test objetivo o, en su ausencia, para distinguir entre una faringitis vírica y bacteriana.

CUADRO SUGESTIVO VIRAL

Las señales clínicas que indican una posible infección respiratoria aguda de origen viral son las siguientes: conjuntivitis, coriza, tos, diarrea, ronquera, estomatitis ulcerativa leve, exantema y febrícula.

Al realizar la exploración, se puede apreciar una faringe con enrojecimiento y no se observa nada más. Normalmente, se observa un progreso lento pero constante con una recuperación que suele tomar alrededor de 5 a 7 días.

CUADRO SUGESTIVO BACTERIANO

En el caso de los niños mayores de 3 años, la faringitis por EBHGA, generalmente presenta un inicio repentino. La fiebre, dolor de cabeza, dolor abdominal, náuseas y vómitos son síntomas que pueden estar presentes junto con el dolor de garganta, lo cual puede afectar la capacidad de ingestión oral. Las características adicionales son: faringoamigdalitis exudativa, que se caracteriza por amígdalas enrojecidas y agrandadas, ganglios linfáticos cervicales anteriores inflamados y agrandados, pequeñas manchas rojas en el paladar (petequias), inflamación de la úvula (uvulitis) y una erupción en forma de escarlata (roja y con pequeñas protuberancias) que comienza en la ingle y las axilas y luego se extiende al tronco y las extremidades, seguida de descamación.

Por lo general, los niños menores de 3 años no muestran los mismos hallazgos típicos que los niños mayores. En lugar de experimentar un episodio claramente definido de faringitis, es posible que experimenten síntomas prolongados de congestión y secreción nasal, así como una fiebre baja. Ej., con temperatura de 38,3 °C (101 °F) y presencia de adenopatía cervical anterior dolorosa. "La condición de tener estos síntomas se conoce como 'estreptococosis'."

COMPLICACIONES

Aunque la mayoría de los casos de faringitis por EBHGA se resuelven sin problemas, pueden presentarse complicaciones supurativas y no supurativas graves. En la actualidad, se está observando un incremento en la frecuencia de las farin-

gitis, ya sea debido a un aumento en la agresividad del EBHGA o posiblemente por la disminución en el uso de antibióticos para tratarlas.

NO SUPURATIVAS

En los últimos años, la fiebre reumática se ha convertido en un tema de interés en nuestro entorno. La utilización de ATB no influye en la aparición de glomerulonefritis postestreptocócica. Se ha observado un trastorno transitorio obsesivo-compulsivo en niños de 5 a 11 años que está relacionado con la faringitis estreptocócica. A este trastorno se le conoce como síndrome PANDAS (Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal Infections) y se cree que ocurre debido a una reacción autoinmune de los anticuerpos contra el estreptococo y el tejido cerebral.

SUPURATIVAS

El absceso periamigdalino generalmente es causado por el Estreptococo del grupo B de hemólisis gamma-alfa, y en menor medida por el Estreptococo alfa-hemolítico, el Estreptococo del grupo D, el Neumococo y bacterias anaerobias. La amígdala afectada se desplaza medialmente y el pilar anterior amigdalino se protruye hacia adelante. Existe un desplazamiento de la úvula y el paladar blando. Si no se recibe tratamiento, puede haber una progresión hacia el desarrollo de un absceso faríngeo lateral que podría afectar la vía respiratoria y dañar la arteria carótida. Es necesario trasladar al niño al hospital para que pueda recibir tratamiento intravenoso.

El absceso retrofaríngeo, generalmente causado por la bacteria EBHGA y, en casos poco comunes, por estafilococos. El niño muestra hiperextensión del cuello, dificultad para tragar, exceso de salivación y problemas para respirar. Puede parecer una tos ferina. En menos del 50% de los casos, la visualización de la faringe revela una tumoración faríngea posterior unilateral. El niño necesita ser remitido para recibir tratamiento intravenoso y, a veces, cirugía de desbridamiento.

La otitis media y la adenitis cervical son condiciones bastante comunes. La celulitis es menos común. La septicemia es rara.

DIAGNOSTICO

Idealmente, debería basarse en técnicas de detección rápida de antígenos estreptocócicos o cultivos de hisopos faríngeos. Sin embargo, la poca disponibilidad de la prueba y los tratamientos empíricos provocan que el diagnóstico se haga en

su mayoría de manera clínica.

Distinguir entre faringitis bacteriana y viral es complicado. La evaluación cuidadosa de todos los síntomas y la semiología anteriores en conjunto, incluso por parte de un pediatra experimentado, tiene una correlación muy baja con la confirmación microbiológica.

Se han propuesto muchas escalas clínicas para evaluar adecuadamente la etiología de la faringitis, pero ninguna ha mostrado suficiente sensibilidad y especificidad para la toma de decisiones. La escala Centor, inicialmente pensada sólo para adultos, fue adaptada por McIsaac para incluir también a los niños. Desde entonces se ha convertido en la herramienta de predicción más venerada en este campo.

Cada uno de los siguientes signos otorga un punto: temperatura superior a 38°C, ausencia de tos, adenopatías dolorosas, exudado y edad entre 3-14 años. Si una puntuación es igual o mayor a 3, se considera sugestiva de infección bacteriana. Sin embargo, muchos test de diagnóstico rápido (TDR) positivos tienen puntuaciones más bajas. Adicionalmente, solo el 70% de los casos con puntuaciones superiores a 4 presentan la presencia de EBHGA.

El frotis faríngeo con cultivo se considera el método más confiable para el diagnóstico de la faringitis estreptocócica. Sin embargo, su resultado no inmediato disminuye su utilidad práctica.

Actualmente, las técnicas modernas (TDR) de inmunocromatografía han demostrado tener una sensibilidad de hasta el 95%, similar a la del cultivo. Sin embargo, es importante destacar que esta sensibilidad está centrada en la técnica de recolección de la muestra.

Actualmente, los TDR son más baratos que el método tradicional de cultivo de muestra faríngea en agar sangre de oveja. Además, ofrecen una velocidad que ayuda a disminuir la propagación de EBHGA y permite que el niño vuelva rápidamente a sus actividades normales. Estos factores, aunque más difíciles de cuantificar que el costo del test, tienen un claro impacto económico. Asimismo, es posible detectar el antígeno estreptocócico hasta 48 horas después de haber comenzado el tratamiento antibiótico. Esta detección temprana posibilita la interrupción de tratamientos previamente incorrectos administrados de forma empírica.

6. TRATAMIENTO

La primera opción de tratamiento sigue siendo la penicilina oral. Es recomend-

able utilizar las cefalosporinas solamente en casos de fracaso terapéutico o recurrencia, ya que ofrecen mejores resultados en la eliminación de bacterias. Los macrólidos son la opción preferida para tratar la alergia a la penicilina.

El uso de antibióticos mejora ligeramente la condición clínica al reducir los síntomas en un lapso de 12 a 24 horas. Además, disminuye el período de transmisión y la probabilidad de complicaciones de manera significativa.

La penicilina continúa siendo el tratamiento preferido debido a su actividad eficaz contra EBHGA en todos los casos. Durante los últimos años, se ha observado un aumento en los casos de fracasos en los esfuerzos de erradicación, mientras que la respuesta clínica no ha sido afectada.

La fenoximetilpenicilina en forma de sal potásica, conocida como penicilina V, es el tratamiento más recomendado en Pediatría debido a su eficacia, precio asequible, buen nivel de tolerancia y espectro limitado de acción.

La siguiente es la pauta de administración recomendada:

Para los niños menores de 27 kg, se recomienda administrar una dosis de 250 mg cada 12 horas durante un período de 10 días.

Niños que pesen más de 27 kg deben tomar 500 mg cada 12 horas durante 10 días. Es necesario que el niño se mantenga aislado durante 24 horas a partir del inicio del tratamiento antibiótico, ya que durante este período es contagioso.

La administración de penicilina benzatina puede resultar dolorosa y se recomienda reservar su uso únicamente para pacientes de alto riesgo de no cumplimiento o que presenten intolerancia evidente a la vía oral. El siguiente es el esquema recomendado para su administración.

Menores de 27 kg: 600,000 UI . Una única dosis IM.

Se requieren 1.200.000 UI para niños que pesen más de 27 kg. Dosis única IM.

En el caso de niños que no toleren la penicilina V, la alternativa más adecuada es la amoxicilina.

La dosis recomendada es de 50 mg por kilogramo al día, dividida en tres dosis, durante un período de 10 días.

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA: AMIGDALECTOMÍA

En la actualidad, actualmente se recomienda realizar una amigdalectomía solo en casos en los que existe una hipertrofia severa que impide la respiración adecuada, lo cual es la causa principal de la apnea obstructiva del sueño. Esto puede determinarse mediante estudios de polisomnografía. Otra indicación también es la faringitis recurrente, en la que las infecciones son tan frecuentes y graves que afectan significativamente la calidad de vida del niño. En cualquier caso, es importante analizar cada caso de forma individual y tener en cuenta que el tamaño de las amígdalas disminuye a partir de los 6-8 años. Es importante recordar que a medida que el niño crece, también disminuirá la frecuencia de los episodios de amigdalitis. Sin embargo, no hay evidencia concluyente de que la extirpación de las amígdalas reduzca la cantidad de episodios a largo plazo, lo cual dificulta el diagnóstico.

5 Discusión-Conclusión

El manejo de la faringoamigdalitis en la infancia es un acto que combina el conocimiento clínico con la empatía hacia los niños y sus familias. La tranquilidad y el apoyo son elementos esenciales de la atención pediátrica, y los profesionales de la salud desempeñan un papel fundamental en proporcionarlos.

Es imperativo que los médicos y otros profesionales de la salud continúen manteniéndose actualizados con las últimas pautas y mejores prácticas en el tratamiento de la faringoamigdalitis, con el fin de garantizar que los niños reciban la atención más adecuada y efectiva. También deben promover la importancia de la prevención, la higiene y la educación en salud para reducir la incidencia de esta afección.

En última instancia, nuestro objetivo es aliviar el malestar de los niños y contribuir a su bienestar. La faringoamigdalitis puede ser un desafío, pero con conocimiento y cuidado, podemos ayudar a los niños a superarla y a disfrutar de una infancia saludable y feliz. La atención compasiva y basada en la evidencia es la clave para abordar la faringoamigdalitis en la infancia y asegurar un futuro más saludable para nuestros niños.

6 Bibliografía

1. Pavez, Daniela, Pérez, Regina, Cofré, José, & Rodríguez, Jaime. (2019). Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento etiológico de la faringoamigdalitis

aguda estreptocócica en pediatría. Revista chilena de infectología, 36(1), 69-77.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182019000100069>

2. Pérez, P., Bandera, H., González, A., Landaluce, F., JC, S. R., Cánovas, P., ... & MJ, C. O. (2011, September). Consensus document on the diagnosis and treatment of acute tonsillopharyngitis. In *Anales de Pediatría* (Barcelona, Spain: 2003) (Vol. 75, No. 5, pp. 342-e1).

3. i Brú, J. D. L. F. (2017). Infecciones de vías respiratorias altas-1: faringitis aguda y recurrente. *PediatríaIntegral*, 385.

4. Wald, E. (2023) Faringoamigdalitis estreptocócica del grupo A en niños y adolescentes: características clínicas y diagnóstico. UpToDate.

5. Sanz, A. B., Rico, O. C., & Vera, C. G.(2019). Faringoamigdalitis aguda en Pediatría. Grupo de Vías Respiratorias: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria.

Capítulo 5

MANEJO, AISLAMIENTO Y PLAN DE CUIDADOS DE GESTANTE INFECTADA POR COVID-19 EN UNA UNIDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

CRISTINA MEDINA MAROTO

ANA GARCIA LUCAS

MARÍA DOLORES VALENZUELA GARRIDO

LORENA GOMEZ ESCOBAR

LAURA VELÁZQUEZ RUIZ

1 Introducción

Se declaró en enero de 2020 una emergencia de salud pública a nivel mundial, debido a un nuevo brote de coronavirus que surgió el pasado 31 de diciembre de 2019 en Wuhan (China), causando conmoción entre la comunidad médica y el resto del mundo. Esta nueva especie de coronavirus fue denominada como 2019-nCoV, causante de un gran número de casos y fallecimientos en China y en cantidad creciente fuera de ella(1).

Mecanismo de transmisión madre a hijo

Transmisión vertical

El riesgo de transmisión vertical aparentemente es bajo: no existe demostración durante el brote de COVID-19 en China, ni tampoco en epidemias previas por otros coronavirus similares (SARS-CoV y MERS-CoV). La detección del virus en líquido amniótico es excepcional. Actualmente, ya ha habido alguna noticia ocasional en Europa, pero parece una eventualidad muy poco probable y que podría ocurrir únicamente en casos de infección materna grave. No existe evidencia en los estudios ya existentes de la presencia del virus en fluidos genitales y en la leche materna. La mayoría de los casos descritos de infección en recién nacidos provienen probablemente de transmisión horizontal en el periodo neonatal(3).

La infección perinatal sí que puede tener efectos adversos sobre los neonatos, como distrés respiratorio, parto prematuro, pérdida del bienestar fetal y trombocitopenia junto con alteración de la función hepática e incluso provocar la muerte(2).

Transmisión horizontal

El riesgo de transmisión horizontal (por gotas o por contacto), a través de un familiar próximo infectado habitualmente, es igual que en la población general(2). La infección se puede transmitir actualmente de persona-persona por gotas respiratorias después de un contacto cercano con una persona infectada (< 2 m) o mediante contacto directo con superficies contaminadas por secreciones respiratorias. Se muestran datos que sugieren que la transmisión también puede producirse por vía fecal-oral a través de heces contaminadas, pero por esta vía es mucho menos relevante(3).

Periodo de Incubación

El periodo de incubación oscila de 4 a 6 días (rango 2-14) y el periodo de secreción viral posee una duración media de 20 días, aunque la PCR puede persistir positiva durante un tiempo más prolongado en el organismo, especialmente en los casos más graves. Aunque se desconoce la duración del periodo de contagio(3).

Las mujeres embarazadas experimentan cambios inmunológicos y fisiológicos que pueden hacerlas más susceptibles a las infecciones respiratorias virales, incluido COVID-19 (SARS-CoV-2). Existen estudios que evidencian que las mujeres embarazadas con diferentes enfermedades respiratorias virales podrían presentar un alto riesgo de desarrollar complicaciones obstétricas y resultados adversos perinatales en comparación con las mujeres no grávidas, debido a los cambios en las respuestas inmunes de su organismo(2).

Periodo de Transmisión

El periodo de transmisión oscila en 7 días después del inicio de síntomas incluso

extenderse hasta 14 días (en promedio). Se estima que la transmisión podría iniciarse antes de que la persona posea presencia de síntomas, aunque esta información aún se encuentra en investigación(2).

2 Objetivos

- Sintetizar y analizar toda la información disponible para el manejo de signos y síntomas y la elaboración del plan de cuidados durante la hospitalización de una paciente embarazada infectada por COVID-19 en una unidad de ginecología y obstetricia.

3 Caso clínico

Descripción del paciente

Dada la situación por la actual infección de COVID-19, una mujer embarazada de 25 años de edad acude al servicio de urgencias del Hospital Universitario de Ciudad Real, el día 18 de Noviembre de 2020, a las 11:45 h. La paciente está de 36 semanas de gestación y acude por sospecha de infección de COVID-19, ya que ha mantenido contacto estrecho con un infectado y presencia de síntomas.

Antecedentes personales: HTA (Hipertensión Arterial) crónica con riesgo de preeclampsia. Déficit de Hierro (Fe).

Tratamiento actual(6):

-Olmesartán 40mg/día. Posología: 1-0-0.

-Natalben Supra 400mcg/día (Suplemento de Ácido fólico, Vit B9) desde el primer trimestre de gestación. Posología: 1-0-0.

Alergias: Alérgica a Penicilina.

Enfermedad actual/Motivo de consulta: La paciente refiere que ha estado en contacto con una persona infectada por COVID-19. También refiere que presenta la mayoría de los síntomas desde hace 2 días, como dolor de cabeza, dolor en músculos y articulaciones, tos, vómitos, agotamiento y dificultad respiratoria. Días anteriores, su temperatura corporal ha sido de 37,5°C. El ginecólogo que está llevando todo el proceso de la gestante, le comentó que podría tener molestias en el tercer trimestre del embarazo ya que, dada la situación actual, no podría realizar las clases de preparación al parto.

En este caso, el médico de urgencias por el que ha sido atendida realizará una evaluación inicial y establece si cumple los criterios de caso de investigación de COVID-19. A esta gestante, al estar en caso de diagnóstico, se proporciona una mascarilla quirúrgica que tendrá que llevar puesta y conducida inmediatamente a

una zona de aislamiento a la espera de los resultados de las pruebas diagnósticas. Se comunicará al ginecólogo que se encarga de su gestación, quien le realizará una exploración física junto con pruebas diagnósticas adicionales. El control del bienestar fetal se realizará en función de los criterios obstétricos, acorde con las semanas de embarazo. La exploración física se le realizará con las medidas oportunas y el protocolo establecido por el servicio de ginecología y obstetricia(3).

Exploración física y signos vitales:

- TA (Tensión Arterial): 138/89.
- Tª (Temperatura): 38,7°C.
- SatO2 (Saturación de oxígeno): 92%.
- Orientada y normocoloreada.
- Taquipnea: FR (Frecuencia respiratoria) 21 rpm (respiraciones por minuto).
- Disnea.
- Artromialgias generalizadas, dolor torácico a la palpación.
- GB (Glucemia basal): 105 mg/dl.
- FC (Frecuencia cardíaca): 125 lpm (latidos por minuto).

Según el facultativo, tras la exploración física, él mismo le deriva a la realización de pruebas de laboratorio y adicionales como(3):

- Historia clínica y exploración física con presión arterial, saturación de oxígeno en sangre periférica (SpO2), frecuencia cardíaca (FC) y respiratoria (FR), y/o auscultación pulmonar.
 - Analítica de sangre (PCR de screening y PCR de confirmación en un gen alternativo al de screening). En la que se incluye: Hemograma, bioquímica con Na, K, Ca, Mg, proteínas totales, creatinina, perfil hepático con LDH, urea, PCR, ferritina, dímero-D y coagulación.
 - Obtención de muestras respiratorias: Exudado nasofaríngeo y/o orofaríngeo. Frotis del tracto respiratorio superior (exudado naso-orofaríngeo) y/o tracto respiratorio inferior (esputo o lavado broncoalveolar) de forma selectiva en los casos con tos productiva que determine el médico especialista.
 - Radiografía de tórax (Rx de tórax) y hallazgos de exploración física: Ante la necesidad de estar embarazada no se demorará.
 - Ecografía fetal: Se realizarán los controles ecográficos en función de las semanas de embarazo, la gravedad del cuadro clínico materno y el bienestar fetal.
 - Auscultación frecuencia cardíaca fetal (FCF)
 - Monitorización fetal mediante Registro cardiotocográfico (RCTG): Se realizarán los controles de bienestar fetal adecuados a las semanas de embarazo.
- Resultados de pruebas diagnósticas complementarias:
- Analítica de sangre: Valores anormales. La PCR se encuentra alterada.

-Exudado nasofaríngeo y/o orofaríngeo: Positivo.

-Rx de tórax: ICT (Índice cardio-torácico) normal.

-Ecografía fetal: Normal.

-RCTG: Valores normales.

Valoración del paciente (según necesidades básicas de Henderson): Realizado a partir de la recogida de datos tras una breve entrevista y valoración de necesidades básicas(7):

-Nutrición e hidratación: A su ingreso pesa 68,3 kg y mide 170 cm. Buen aspecto de piel y mucosas. Sigue dieta equilibrada, a criterio de su especialista. No intolerancias alimenticias.

-Eliminación: Ritmo intestinal normal.

-Movimiento: Autónomo.

-Descanso y sueño: Normal, descansa 8 horas diarias.

-Vestirse/Desvestirse: Es independiente.

-Higiene y protección de la piel: Aspecto limpio y aseado, con buena hidratación de piel y mucosas.

-Consciente y orientada en espacio y tiempo.

Procedimiento

Según la valoración del ginecólogo y tras cumplir los criterios de valoración clínica y del laboratorio, la paciente será ingresada con derivación a una habitación con aislamiento de contacto y gotas. El personal de enfermería que le atienda y le acompañe hasta la zona de aislamiento y la atención llevará mascarilla quirúrgica y guantes. Si hay riesgo de contacto con fluidos además debe llevar bata y protección ocular(2).

Las medidas estándar que llevará a cabo el profesional sanitario, para el manejo de esta paciente, serán la higiene de manos y el equipo de protección individual (EPI) entre otras.

Las medidas específicas más importantes del personal sanitario que preste cuidados a esta paciente, y que se llevarán a cabo por protocolos de actuación en la unidad de obstetricia y ginecología ante esta situación, serán las siguientes(5):

-Los casos posibles deben permanecer aislados, bajo precauciones de aislamiento por contacto y por gotas.

-Se comprobará la viabilidad y el bienestar fetal, mediante ecografía y/o RCTG en función de las semanas de embarazo.

-Dada la posibilidad de necesitar practicar medidas de reanimación neonatal en el paritorio y la existencia de gestantes portadoras asintomáticas, sería muy recomendable conocer el estado de la mujer frente al COVID-19 antes del parto.

-En los casos en los que se considere necesario se ingresará en el centro hospitalario con medidas de aislamiento de contacto y por gotas. Aunque no es estrictamente necesario siempre que sea posible, se disponga de ella, y si se prevea la realización de maniobras que puedan generar aerosoles, se podrá realizar el aislamiento en una habitación con presión negativa. El control del bienestar fetal se realizará en función de los criterios obstétricos y en función de las semanas de embarazo. Los equipos y material (p. ej. manguitos de tensión arterial) deberán ser desechables o de uso exclusivo de la gestante. Si no puede ser así, se desinfectará después de cada uso, tal y como especifique el fabricante.

-La habitación de aislamiento deberá contar idealmente con cama, cuna térmica, monitorización fetal (preferiblemente con puesto centralizado para evitar la permanencia constante de la matrona/obstetra), oxigenoterapia, carro de medicación (parto, puerperio, analgesia epidural, reanimación neonatal y de adulto) en previsión de la realización del parto en este habitáculo.

-Se limitará al máximo el transporte y se restringirá el movimiento de la gestante fuera de la habitación. Si ha de salir, lo hará llevando una mascarilla quirúrgica.

-Es importante reducir el número de profesionales sanitarios y no sanitarios que accedan a la habitación de la mujer infectada y quienes lo hagan deberán adoptar las medidas de protección y ponerse el equipo de protección adecuado a la exposición de riesgo. Se mantendrá un registro de todas las personas que cuidan o entran en la habitación de aislamiento.

-Tras el ingreso se podrá plantear el manejo de la mujer embarazada en el domicilio si la situación clínica es buena, y los condicionantes sociales y la vivienda así lo permiten.

Los Equipos de Protección Individual (EPI) para el personal sanitario durante el manejo de la paciente gestante infectada por COVID-19(5):

-El personal sanitario que atienda a posibles, probables o confirmadas gestantes en infección por COVID-19 o a las personas no sanitarias que entren en dicha habitación aislada debe de llevar un EPI para la prevención de infección transmitida por contacto o por gotas que incluya:

-Bata.

-Mascarilla (Quirúrgica o FFP2, según el tipo de atención y siempre asegurando las existencias suficientes).

-Guantes.

-Protección ocular.

-En aquellos procedimientos que generen aerosoles en el paritorio o quirófano, cualquier procedimiento sobre vía aérea, se deberán de reducir al mínimo número de personas en la habitación y deben de llevar:

- Mascarilla autofiltrante (FFP2/FFP3) si existe disponibilidad.
 - Protección ocular ajustada de montura integral o protector facial completo (pantalla protectora).
 - Guantes.
 - Bata de manga larga (si es posible, impermeable).
- Se debe cumplir una estricta higiene de manos siempre antes y después del contacto con este paciente y la retirada del EPI.

Diagnóstico

Según los resultados obtenidos del laboratorio, se confirma de caso positivo de infección por COVID-19, de infección leve con criterios de ingreso.

Tratamiento específico

Actualmente no existe un tratamiento específico frente al COVID-19. Basándose en la previa experiencia de brotes por otros coronavirus, se está empleando en algunos casos y de forma experimental el tratamiento con una combinación de antimicrobianos e inmunomoduladores. En la utilización y administración de estos se ha de estar atento a posibles reactivaciones de infecciones latentes (citomegalovirus, toxoplasmosis, herpes...)(5).

Dado el riesgo potencial del COVID-19 en las mujeres embarazadas, el tratamiento se basará en la optimización del estado de salud de la madre y el feto con un estrecho seguimiento(5).

Los principios del tratamiento que se emplean a la embarazada, al igual que el resto de la población, incluyen(5):

- Medidas de aislamiento precoz.
- Control de la infección.
- La toma de muestras para el diagnóstico de COVID-19 y otros virus respiratorios.
- Oxigenoterapia si es necesario.
- Evitar la sobrecarga de fluidos.
- Terapia antibiótica empírica si se sospecha coinfección bacteriana.
- Monitorización de la dinámica uterina y el bienestar fetal.
- Ventilación mecánica precoz (en caso de deterioro de la función respiratoria).
- Individualizar el momento más adecuado del parto.

El manejo de la mujer embarazada infectada por COVID-19 debe ser responsabilidad de un equipo multidisciplinar que establezca el lugar y el momento más adecuado para el correcto tratamiento del binomio madre-feto y que permita mantener el control y la pronta actuación en caso de deterioro materno o fetal o inicio trabajo de parto prematuro(5).

Los cambios en el bienestar fetal pueden ser un primer síntoma de deterioro materno. Si se basan en la experiencia adquirida en esta pandemia, las em-

barazadas pueden tener un fallo respiratorio severo y en los casos más graves, la ventilación mecánica puede no ser suficiente para conseguir una adecuada oxigenación. En estos casos, y en centros donde se tenga experiencia, se podría plantear la utilización de oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO)(5)

PLAN DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADO

Diagnósticos de enfermería prioritarios en la paciente gestante

Diagnósticos de enfermería NANDA (Gordon) según clases en la taxonomía II:

-Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos; Esta paciente presenta un cuadro de náuseas por lo que la ingesta de líquidos le produce vómitos y malestar general. Al presentar vómitos, existe riesgo de deshidratación, por lo que debe ingerir la cantidad necesaria para no sufrir deshidratación, siguiendo las limitaciones establecidas por su patología(7).

-Patrón respiratorio ineficaz; La inspiración o espiración de la paciente no proporcionan una ventilación adecuada, por lo que esta presenta disnea y dolor torácico(7).

-Afrontamiento inefectivo; La paciente se encuentra ante una incapacidad para afrontar la situación y para elegir adecuadamente las respuestas habituales frente a la enfermedad y su gestación, por miedo a la pérdida del bebé(7).

-Termorregulación (Hipertermia); En la exploración física la paciente presenta una temperatura corporal de 38,7°C(7).

-Dolor agudo; La paciente presenta una experiencia sensitiva y emocionalmente desagradable por el dolor torácico, artromialgias y cefaleas por la nueva infección diagnosticada(7).

-Náuseas; La paciente presenta sensación subjetiva desagradable debido a los cuadros de vómitos que refiere(7).

-Aislamiento social; La paciente experimenta soledad al ser diagnosticada de COVID-19 y estar obligada a un aislamiento de contacto y goteo en una habitación/box aislada de sus familiares y hogar habitual(7).

Intervenciones de enfermería prioritarias en la paciente gestante

Entre las múltiples intervenciones y actividades enfermeras NANDA, según Gordon, las más importantes después de analizar los diagnósticos que se le han establecido a esta paciente:

- Oxigenoterapia.
- Disminución de la ansiedad.
- Aumentar el afrontamiento.
- Asesoramiento.
- Apoyo en la toma de decisiones.
- Manejo del dolor.

- Administración de analgésicos.
- Manejo de las náuseas y vómitos.
- Apoyo emocional.

4 Discusión-Conclusión

Dado este caso clínico, se concluye que, ante una paciente con diagnóstico infectada por COVID-19, se llevarán a cabo el control de los signos y síntomas basándose en el manejo de las intervenciones y actividades de enfermería. El tratamiento se basará en la optimización del estado de salud de la madre y el feto con un estrecho seguimiento. Se establecerá para el personal de enfermería que esté en contacto con la paciente, el aislamiento de contacto y las medidas estándar y específicas que corresponden junto con el equipo de protección individual (EPI). Actualmente, no hay tratamiento curativo eficaz contra la COVID-19.

5 Bibliografía

1. Cruz MP, Santos E, Cervantes MAV, Juárez ML. COVID-19, a worldwide public health emergency. *Rev Clínica Española (English Ed [Internet]*. 2020;(xx). Available from: <https://doi.org/10.1016/j.rceng.2020.03.001>
2. Kasano JPM, Díaz IS, Santibáñez LM. Recomendaciones en las gestantes durante la pandemia COVID-19. 2020;9(1):92–7.
3. Valdés-Bango M, Meler E, Cobo T, Hernández S, Caballero A, García F, et al. A clinical management protocol for COVID-19 infection in pregnant women. *Clin Invest Ginecol Obstet [Internet]*. 2020;47(3):118–27. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.gine.2020.06.014>
4. Sanidad G de E-M de. Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19. Minist Sanid Gob España Inst Salud Carlos III. 2020;1–16.
5. Sanidad G de E-M de. Manejo de la mujer embarazada y el recién nacido con COVID-19. Documento Técnico. Cent Coord Alertas y Emergencias Sanit Dir Gen Salud Pública, Calid e Innovación. 2020;1–32.
6. CUMSILLE NUNEZ E. Hipertensión arterial y embarazo. *Bol Soc Chil Obstet Ginecol*. 2005;19(11):1–4.
7. Diagnósticos NANDA según dominios y clases en la taxonomía II [Internet]. [cited 2020 Apr 29]. Available from: http://www.mundoenfermero.com/nandanocnic/ini_abm.php
8. Sanidad G de E-M de. Prevención y control de la infección en el manejo de pacientes con COVID-19. Cent Coord Alertas y Emergencias Sanit [In-

ternet]. 2020;1-14. Available from: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Documento_Control_Infeccion.pdf

Capítulo 6

LA RELACIÓN ENTRE EL TRASTORNO BIPOLAR Y EL INSOMNIO: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

CRISTINA MEDINA MAROTO

ANA GARCIA LUCAS

MARÍA DOLORES VALENZUELA GARRIDO

LORENA GOMEZ ESCOBAR

LAURA VELÁZQUEZ RUIZ

1 Introducción

En la actualidad el Trastorno Bipolar (TB) es considerado como uno de los graves problemas de salud pública (1,2). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta alteración ocupa el sexto puesto entre todos los trastornos psiquiátricos más prevalentes, aunque es posible que esta posición puede estar subestimada considerando tratarse de una enfermedad de difícil diagnóstico (3). En concreto, el TB afecta a más del 1% de la población mundial y es la decimoséptima condición clínica con mayor carga global de enfermedad. Entre las enfermedades mentales, ocupa el quinto puesto con respecto la carga global que supone, después de la depresión, los trastornos de ansiedad, esquizofrenia y distimia (2). De hecho, como enfermedad recurrente y de por vida, los trastornos bipolares a menudo

conducen a un deterioro funcional y reducen calidad de vida. Esta carga se extiende a los miembros de la familia, con la carga del cuidador y la depresión siendo común (1,2).

La aparición de los trastornos bipolares es independiente de la etnia, nacionalidad y estatus socioeconómico (2). Se considera que la prevalencia del trastorno bipolar I es equivalente en hombres y mujeres, pero TB tipo II y espectro bipolar es más frecuente en las mujeres. Esta enfermedad mental comienza en la adolescencia, con promedio de edad de 20 años, aunque un inicio más temprano ha sido asociado con mayor comorbilidad y comienzo de aparición de síntomas de la enfermedad combinado con depresión (3). El diagnóstico y el manejo generalmente comienzan en la edad adulta, aunque el tiempo de diagnóstico es más largo en los pacientes con comorbilidades y polaridad de inicio depresivo (4). La duración de la enfermedad no tratada conlleva a un pronóstico más tardío y mayor duración de los síntomas, lo que se ha asociado a un mayor número de intentos de suicidio y aumento de la duración de la enfermedad (1).

El TB es una enfermedad psiquiátrica que se define como una afección o alteración del estado del ánimo cíclica o recurrente, entre episodios de depresión, de manía y mixtos. Los cambios de ánimo pueden combinarse con cambios en el comportamiento, en los niveles de energía y en los niveles de actividad (5). Según el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, quinta edición (DSM-V), el TB está subclasificado como trastorno bipolar tipo I, trastorno bipolar tipo II, trastorno ciclotímico y trastorno no especificado, es decir, categorías residuales de formas atípicas que no se ajustan a los subtipos mencionados. Esta clasificación dependerá de la gravedad, del predominio de la fase maniaca o hipomaniaca y de la frecuencia de los episodios depresivos. El criterio diagnóstico dependerá del tipo de TB, una vez que cada uno de ellos se caracteriza por conjuntos diferentes de comportamientos y se dividen según el grado de alteración. De forma general, se utilizan dos criterios diagnósticos para el TB: el DSM-V y la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición (CIE-10) (6).

Entre los cuatro subtipos de TB, el tipo I y tipo II son los más frecuentes. El tipo I se caracteriza por episodios maníacos que persisten por al menos una semana o que requieren hospitalización, además de incluir, en muchos de los casos, episodios depresivos o mixtos en el periodo. Por otro lado, el tipo II se define por el predominio de episodios depresivos con posible comportamiento hipomaniaco, lo que sería una versión menos grave de la manía. Otros dos subtipos son el trastorno ciclotímico, caracterizado por un periodo de inestabilidad durante más

de 2 años en los que coexisten síntomas hipomaniacos y depresivos, pero sin que se cumplan los criterios mencionados en los tipos I y II, y TB-NE, para los demás casos que no cumplen ninguno de los criterios anteriores (6). Es importante resaltar que, para que se cumplan esos criterios, los síntomas no deben corresponderse al uso de sustancias o medicamentos, o a otras enfermedades psiquiátricas o condiciones médicas (1).

Además de los episodios maníacos y depresivos, el TB es marcado por otros síntomas que afectan de sobremanera a la calidad de vida de esos pacientes, entre los cuáles se destacan los trastornos del sueño, como el insomnio, el hipersomnio, la apnea del sueño y el síndrome de las piernas inquietas (7,8).

Según el DSM-V, el insomnio se caracteriza por una predominante insatisfacción por la cantidad o la calidad del sueño, la cual puede estar asociada con una dificultad para iniciar o mantener el sueño, o también despertarse pronto por la mañana con incapacidad para volver a dormir (9). La frecuencia de estos síntomas de insomnio permite clasificarlo en episódico, si duran entre uno y menos de tres meses, o persistente, cuando duran por tres meses o más tiempo. La variabilidad en el tiempo total de sueño a lo largo de una semana en pacientes bipolares es considerable, y el ritmo circadiano humano no puede adaptarse fácilmente a estos cambios rápidos (10).

Existen diferentes métodos para valorar la calidad del sueño y que permiten identificar, en el ámbito poblacional, personas con mayor probabilidad de tener insomnio. Si bien es cierto que también existen métodos objetivos de valoración del sueño, como la actigrafía y la polissonografía (Anexo I), es más frecuente el uso de los métodos subjetivos cuando se trata de estudios epidemiológicos, una vez que se pueden aplicar de manera rápida y a un coste proporcionalmente mucho más bajos que los primeros (11). De hecho, algunos de los estudios sobre el TB y el insomnio que se encontraron en una búsqueda preliminar utilizaron métodos subjetivos para identificar la posible presencia del insomnio. Uno de los métodos subjetivos más utilizados para evaluación del sueño y del insomnio, incluso en personas con TB, es el índice de calidad del sueño de Pittsburgh, o Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), en inglés (12). Se trata de un cuestionario autoadministrado que evalúa la calidad del sueño mediante preguntas relacionadas con los horarios de acostarse y de despertarse por la mañana, tiempo que se tarda en empezar a dormir (latencia del sueño), despertares nocturnos y sus motivaciones, entre otras (12).

Considerándose la relevancia clínica del potencial impacto negativo que los

trastornos del sueño pueden ejercer en el tratamiento, en el proceso de recuperación, en la progresión y en la calidad de vida de las personas con TB, justificase la necesidad de reunir, sintetizar y analizar la evidencia disponible acerca de la relación entre el TB y el insomnio. Por lo tanto, estudiar la relación entre estas dos variables, el TB y el insomnio es necesario para ampliar el conocimiento y, en consecuencia, fundamentar la importancia relativa de medidas de promoción del sueño para mejorar su calidad de vida.

2 Objetivos

- Sintetizar y analizar la evidencia científica sobre la relación entre el trastorno bipolar y el insomnio.

3 Metodología

La elaboración de esta revisión sistemática se ha basado en los criterios y recomendaciones de la guía de Meta-analysis Of Observational Studies in Epidemiology (MOOSE), la cual es un conjunto mínimo de elementos que se deben informar en revisiones sistemáticas y meta-análisis de estudios observacionales (13).

Estrategia de búsqueda

El presente estudio muestra una investigación ampliada el cual refleja la relación existente entre el TB y el insomnio. Durante esta investigación, se recurre a la recogida de información de las siguientes bases de datos: Scopus, Cochrane Library, Pubmed y Web of Science.

La pregunta de investigación y los criterios de inclusión y exclusión se desarrollaron utilizando el método PICO, basándose en los términos bipolar disorder, manic-depressive psychosis, sleep, insomnia en combinación con los operadores booleanos OR, AND y NOT, los cuales han permitido la conexión de los conceptos y términos mencionados anteriormente facilitando así la estrategia de búsqueda. A continuación, se presentan los términos y combinaciones utilizados en la estrategia de búsqueda: (sleep OR apnea OR insomni* OR "restless legs syndrome") AND ("Bipolar disorder" OR "Manic depressive disorder" OR "Manic depressive psychosis") AND NOT (animal OR mice OR rats OR rabbit OR dogs OR children OR scholars OR students OR kids OR infants OR pediatric).

Los idiomas en los que se ha basado para la realización de esta revisión para la búsqueda de información son el español, francés e inglés, siendo predominante el último mencionado.

Se han realizado estas búsquedas en todos los estudios publicados en estas bases de datos hasta enero de 2021.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

Para esta revisión se han seleccionado aquellos estudios que en su evaluación incluyeran: a) población: pacientes adultos (mayores de 18 años) de ambos sexos; b) variable independiente: Trastorno Bipolar o Trastorno maniaco-depresivo; c) variable dependiente: insomnio (evaluado mediante escalas validadas u otras medidas objetivas); d) diseño de estudio: estudios observacionales (transversal, cohorte y caso-control) con tamaño de la muestra igual o superior a 100 participantes.

Criterios de exclusión

Para esta revisión se han excluido aquellos estudios de revisión sistemática, meta-análisis o ensayos clínicos, aquellos cuyos al menos parte de los participantes no había sido diagnosticada con TB, que no posean datos cuantitativos sobre la relación entre TB e insomnio. También se han excluido estudios con niños y adolescentes. Se han excluido estudios basados en animales y ensayos clínicos sobre la eficacia de medidas terapéuticas para el tratamiento del TB o del insomnio.

Selección de estudios

Los estudios identificados en las búsquedas fueron reunidos en una única base de registros con ayuda de la aplicación informática Mendeley. Después de excluir a los registros duplicados con la aplicación Mendeley, se realizó una primera revisión por el título y una segunda por el resumen para excluir a los estudios que no se relacionaban con la pregunta de la presente revisión. A continuación, los estudios remanentes fueron identificados para lectura del texto completo. En esa etapa, se incluyeron a los estudios que se cumpliesen los criterios de inclusión, avanzándose a la siguiente etapa de extracción de datos.

Extracción de datos

Fueron extraídos datos se ha realizado aplicando los criterios de inclusión y exclusión, los cuales incluyen información sobre las principales características de los participantes, es decir, tamaño de la muestra, porcentaje de sujetos mujeres, edad media, contexto y resultados principales. Se incluyen los nombres de los autores de los estudios utilizados en esta revisión, así como, el diseño de sus estudios y el país o región.

Evaluación de la calidad de los estudios

Para evaluar la calidad de los estudios, se ha utilizado la escala de Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology (STROBE) adaptada para presentar estudios observacionales en epidemiología. Se compone de 22 ítems, que guardan relación con el título, el resumen, la introducción y las secciones de métodos, resultados y discusión de los artículos (14).

4 Resultados

Se ha indagado en una gran cantidad de estudios con un total 3031, de los cuales 2623 se eliminaron por la lectura del título y otros 284 por la lectura del resumen, restando 127 artículos leídos en texto completo. Finalmente, tras la lectura a texto completo se excluyeron 122 artículos que no cumplieron los criterios de inclusión, restando 5 incluidos en esta revisión sistemática.

Los 5 estudios incluidos (15–19) comprenden un total de 2160 individuos, con tamaños muestrales que oscilan entre 103 y 1.275 participantes. Las edades de los participantes incluyen de 18 a 75 años, y la proporción de mujeres fue más alta que la de los hombres en todos los estudios. El diseño de los estudios que predomina en esta revisión es de tipo transversal, cuatro exactamente (17–19), y dos de caso-control (15,16). El año de publicación comprende desde el año 2013 al 2020.

La evaluación de la calidad del sueño se realizó utilizando la escala PSQI en todos los estudios incluidos. Con respecto a la presencia de TB, los cinco estudios incluyeron personas diagnosticadas con TB y que se encontraban en el periodo eutímico. En dos estudios todos los participantes presentaban TB (17,18) y en los demás se incluyeron participantes sin TB como controles (15,16,19).

Los resultados principales de los estudios fueron consistentes en el sentido que los trastornos del sueño compatibles con los criterios del insomnio fueron significativamente más frecuentes en los individuos con TB en comparación con los controles. Además, se observó que en personas con TB la mala calidad del sueño se asoció baja adherencia al tratamiento para esta enfermedad, con pérdidas en la funcionalidad diurna (capacidad intelectual, relaciones sociales, etc.) y con la sazonalidad.

Los cinco estudios presentaron todos los ítems de la escala STROBE (14), lo que es compatible con buena calidad de reporte.

5 Discusión-Conclusión

Discusión

El objetivo de esta revisión sistemática fue evaluar la evidencia científica disponible sobre la relación entre el TB y el insomnio. Aunque se trate de una asociación con relevantes implicaciones clínicas y que se haya llevado a cabo una búsqueda ampliada en cuatro bases bibliográficas, apenas dos estudios de caso-control y tres de diseño transversal fueron incluidos en los análisis. En conjunto, los resultados revelaron que los síntomas que caracterizan la peor calidad del sueño son más frecuentes en personas con TB que en otras sin enfermedad. Además, se puede interpretar por los hallazgos de estos estudios que los síntomas del insomnio, como la mayor latencia del sueño y la peor calidad subjetiva del sueño, posiblemente afectan a la adherencia al tratamiento del TB y empeoran a la funcionalidad diurna de personas con el trastorno.

Considerando que los diseños de estudio incluidos no permiten inferir relación de causalidad entre el TB y el insomnio, la evidencia científica corriente todavía no es suficiente para dilucidar si el insomnio precede el TB o viceversa. Sin embargo, esta revisión es importante en el sentido de reforzar la hipótesis de que el insomnio podría ejercer el papel de predictor o marcador precoz para un diagnóstico temprano en la aparición de los principales síntomas del TB (2). Al tratarse de un razonamiento basado en pocos estudios, se refuerza la necesidad de futuros estudios prospectivos con tiempo de seguimiento adecuado y el control de potenciales variables de confusión (como sexo, edad, tiempo desde el diagnóstico del TB, depresión, otras comorbilidades, etc.) que exploren hasta que punto el insomnio es sólo una comorbilidad asociada con el TB o podría ser una de sus causas o consecuencias. Si fuera el caso de que el insomnio estuviera implicado en la etiología del TB (3), la identificación precoz de trastornos del sueño seguida de la intervención terapéutica con el objetivo de mejorar la calidad del sueño podría ser efectiva para prevenir, acortar o minimizar el impacto de los episodios maníacos y/o depresivos en la calidad de vida de pacientes con TB (10). En este sentido, la aplicación de medidas de promoción para la higiene del sueño consistiría en una intervención de bajo coste y con buenas perspectivas como coadyuvante en el tratamiento del TB (7).

El tratamiento del TB requiere la acción integrada de profesionales de diferentes áreas de actuación, como psiquiatría, psicología, enfermería y trabajo social (4). En ese contexto, la enfermería, en conjunto con los demás profesionales sanitarios, juega un papel importante en el manejo de estos pacientes. Por un lado, los

enfermeros pueden transmitir sus conocimientos sobre las manifestaciones clínicas de la enfermedad al propio paciente y a sus familiares, sobre la importancia del tratamiento para la prevención o reducción de la frecuencia y del tiempo de duración de los episodios maniacos y depresivos, y sobre la necesidad de mantener hábitos de estilo de vida compatibles con una buena calidad del sueño (20).

En esos pacientes, es necesario llevar un seguimiento de enfermería complementario al del médico especialista, donde se realizarán, si así se requiere, apoyo emocional, apoyo asistencial y consejos para la higiene de sueño (21). Para ello, los profesionales sanitarios precisan saber reconocer las diferentes manifestaciones del insomnio, como el aumento del tiempo para quedarse dormido (latencia del sueño), el sueño interrumpido por frecuentes despertares nocturnos (lo que resultaría en una baja eficiencia del sueño), el despertarse por la mañana antes de lo que desearía sin poder volver a dormir (despertar precoz) y la disfunción diurna por el sueño insuficiente o de mala calidad (somnolencia diurna excesiva) (2,10). Es necesario el manejo de estos pacientes desde el punto de vista emocional, una vez que en su condición realizar cambios en el estilo de vida supone un gran reto (20). Además, teniendo en cuenta que, según los resultados de esta revisión sistemática, el insomnio asociado al TB puede afectar a las relaciones sociales incluso en los periodos eutímicos, es relevante que las medidas de promoción del sueño sean llevadas al conocimiento de los familiares que conviven con el paciente. Así, la integración de la familia en la atención sanitaria al paciente con TB podría repercutir en el aumento de las probabilidades de éxito del tratamiento.

Los resultados de esta revisión no están exentos de limitaciones y deben ser interpretados con cautela. En primer lugar, además de incluir a un número reducido de estudios, todos observacionales y de diseño transversal o retrospectivo, la proporción de mujeres era mayor que a de varones en todos los estudios. Por ello, no se puede inferir que los resultados encontrados se aplican igualmente a ambos sexos. En segundo lugar, la valoración de la calidad del sueño en todos los estudios se basó en la calidad subjetiva del sueño en el mes anterior, medida con la aplicación del cuestionario PSQI, por lo que los resultados pueden haber sido afectados por el sesgo de información y de memoria. Además, como ninguno de los estudios reportó el tiempo desde el último episodio maniaco o depresivo y la respuesta al cuestionario, es posible que la calidad del sueño informada por el paciente incluya a un periodo maniaco o depresivo y no al periodo eutímico, como han dejado subentendido. Por último, los análisis de los estudios en general no incluyeron a factores que podrían afectar a los resultados, como la gravedad del

TB y el estado de ánimo en el momento de la entrevista.

Conclusión

Dada esta revisión sistemática, se concluye que el TB se asocia con alteraciones del sueño compatibles con el insomnio durante el periodo eutímico de la enfermedad. La relación del TB con el insomnio es todavía escasa y basada en estudios observacionales que utilizaron medidas subjetivas de calidad del sueño. Eso refuerza la necesidad de nuevos estudios de diseño prospectivo y que incluyan, además de las medidas subjetivas, medidas objetivas de parámetros del sueño. La intensificación de las manifestaciones del TB se refleja en los trastornos del sueño, ya que afecta a los ritmos circadianos, calidad del sueño, estilos de vida, relaciones sociales, etc. Por ello, se sugiere que el insomnio podría actuar como un marcador precoz y precursor del TB. Así, en el caso de que el insomnio se detecta y diagnostica en fase temprana, se podría prevenir o minimizar el impacto de episodios maníacos y/o depresivos, mejorando la calidad de vida de estos pacientes. Los resultados de esta revisión señalan la importancia que pueden tener la recomendación de parte de los enfermeros y demás profesionales sanitarios, de medidas de promoción de la calidad del sueño con el objetivo de mejorar la calidad de vida en personas con TB.

6 Bibliografía

1. Vieta E, Berk M, Schulze TG, Carvalho AF, Suppes T, Calabrese JR, et al. Bipolar disorders. *Nat Rev Dis Prim.* 2018;4.
2. Rowland TA, Marwaha S. Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. *Ther Adv Psychopharmacol* [Internet]. 2018 Apr 26;8(9):251–69. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30181867>
3. Pini S, de Queiroz V, Pagnin D, Pezawas L, Angst J, Cassano GB, et al. Prevalence and burden of bipolar disorders in European countries. *Eur Neuropsychopharmacol J Eur Coll Neuropsychopharmacol.* 2005 Aug;15(4):425–34.
4. Fountoulakis KN, Vieta E. Treatment of bipolar disorder: a systematic review of available data and clinical perspectives. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2008 Nov;11(7):999–1029.
5. Vieta E, Gastó C. Trastornos bipolares. Barcelona Editor Springer-Verlag Ibérica. 1997;(6).
6. Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E. Bipolar disorder. *Lancet* [Internet]. 2016;387(10027):1561–72. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067361500241X>

7. Harvey AG, Talbot LS, Gershon A. Sleep Disturbance in Bipolar Disorder Across the Lifespan. *Clin Psychol (New York)* [Internet]. 2009 Jun;16(2):256–77. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22493520>
8. Kaplan KA, Talbot LS, Gruber J, Harvey AG. Evaluating sleep in bipolar disorder: Comparison between actigraphy, polysomnography, and sleep diary. *Bipolar Disord*. 2012;14(8):870–9.
9. Reynolds CF 3rd, O'Hara R. DSM-5 sleep-wake disorders classification: overview for use in clinical practice. *Am J Psychiatry*. 2013 Oct;170(10):1099–101.
10. Harvey AG, Kaplan KA, Soehner AM. Interventions for sleep disturbance in bipolar disorder. *Sleep Med Clin*. 2015;10(1):101–5.
11. Andrade Carrillo R, Gómez Cano S, Palacio Ortiz JD, García Valencia J. Actigrafía en pacientes con trastorno bipolar y familiares en primer grado. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2015;44(4):230–6.
12. Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res*. 1989 May;28(2):193–213.
13. IJNS. MOOSE (Meta-analyses Of Observational Studies in Epidemiology) Checklist. 2019;
14. Erik von Elm, Douglas G. Altman, Matthias Eggera, Stuart J. Pocock, Peter C. Gotzsche JPV. Declaración de la Iniciativa STROBE (Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology): directrices para la comunicación de estudios observacionales. *J Prod Innov Manag*. 1997;14(5):323–36.
15. Rocha PMB, Neves FS, Corrêa H. Significant sleep disturbances in euthymic bipolar patients. *Compr Psychiatry*. 2013;54(7):1003–8.
16. Lai YC, Huang MC, Chen HC, Lu MK, Chiu YH, Shen WW, et al. Familiality and clinical outcomes of sleep disturbances in major depressive and bipolar disorders. *J Psychosom Res*. 2014;76(1):61–7.
17. Karthick S, Kattimani S, Sarkar S, Bharadwaj B, Rajkumar RP. Quality of sleep in patients with bipolar I disorder during remission. *J Psychiatr Pract*. 2015;21(6):419–26.
18. Keskin N, Tamam L, Ozpoyraz N. Assessment of sleep quality in bipolar euthymic patients. *Compr Psychiatry*. 2018;80:116–25.
19. la Cour Karotki NF, Coello K, Stanislaus S, Melbye S, Kjærstad HL, Sletved KSO, et al. Sleep and physical activity in patients with newly diagnosed bipolar disorder in remission, their first-degree unaffected relatives and healthy controls. *Int J Bipolar Disord*. 2020;8(1).
20. Goossens PJJ, van Achterberg T, Knoppert-van der Klein EAM. Nursing processes used in the treatment of patients with bipolar disorder. *Int J Ment Health*

Nurs. 2007 Jun;16(3):168–77.

21. Janney CA, Bauer MS, Kilbourne AM. Self-management and bipolar disorder—a clinician’s guide to the literature 2011-2014. *Curr Psychiatry Rep.* 2014 Sep;16(9):485.

22. Ancoli-Israel S, Cole R, Alessi C, Chambers M, Moorcroft W, Pollak CP. The role of actigraphy in the study of sleep and circadian rhythms. *American Academy of Sleep Medicine Review Paper. Sleep.* 2003;26(3):342–92.

23. Mccall C, Mccall WV. Comparison of actigraphy with polysomnography and sleep logs in depressed insomniacs. *J Sleep Res.* 2012;21(1):122–7.

Capítulo 7

MANEJO DE LA DIARREA POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA.

ANDREA NATAL FUERTES

1 Introducción

Se le llama diarrea a las heces acuosas y blandas. Para determinar que una persona tiene diarrea debe realizar tres o más veces deposiciones en un día. La diarrea aguda dura un corto tiempo y es un problema común, suele resolverse en uno o dos días, aunque no siempre es así y puede durar más tiempo. Por lo general, desaparece sola.

La diarrea que dura más de algunos días puede implicar un problema más serio y no siempre se tiene de manera continua, pueden aparecer y desaparecer.

Las diarreas puede contener además sangre, moco, pus o alimentos no digeridos. También pueden asociarse otros síntomas, como fiebre, intolerancia a la comida, acompañada de náuseas, vómitos y dolor abdominal.

Cuando la causa más probable no es la infecciosa, es necesario realizar estudios más completos del intestino y del páncreas para conocer el origen de la diarrea. La ansiedad y situaciones estresantes pueden ser causa de diarrea en algunas personas.

En la mayoría de los casos de diarrea infecciosa los síntomas son tan claros que no es necesario realizar ninguna exploración para confirmar el diagnóstico. En ocasiones, si existe mucha repercusión general, será conveniente estudiar las heces para descubrir el germen responsable.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer como enfermería maneja las diarreas en los pacientes.

3 Metodología

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

4 Resultados

La diarrea puede desarrollarse por diferentes causas entre las que se encuentran la contaminación por bacterias en alimentos y agua, virus como la gripe o el rotavirus (esta sobretodo afecta a niños); también puede producirse por parásitos que se encuentran en alimentos o agua contaminados; algunos alimentos también provocan como efecto secundario diarrea (antibióticos, citostáticos o antiácidos); intolerancias o sensibilidad a alimentos (por ejemplo, lactosa); diversas enfermedades digestivas como colon irritable o enfermedad de Crohn.

La diarrea afecta a todo tipo de personas aunque algunas de ellas tienen más probabilidad de padecerla. Lugares donde se puede presentar de manera cíclica es en residencias de ancianos o guarderías. Pueden estar producidas por el consumo de alimentos o agua contaminados, por lo tanto, es importante saber identificar los elementos nocivos para poder prevenir, sobre todo se pueden dar en zonas tropicales o en países en vías de desarrollo, lo que se denomina diarrea del viajero.

La diarrea puede resolverse sola, manteniendo una dieta adecuada y manteniendo una buena hidratación, solo sería conveniente acudir a su médico de atención primaria en caso de presentar complicaciones del tipo, deshidratación, diarrea prolongada en el tiempo más de una semana, dolor abdominal que no cesa con analgesia, fiebre, heces hemáticas o purulentas o en su defecto heces negras o alquitranadas.

Especialmente hay que valorar estas complicaciones en niños, donde la deshidratación es el principal problema. Los niños con diarrea deben recibir una solución de rehidratación oral para reponer los líquidos y electrolitos perdidos.

Los adultos con diarrea deben beber agua, jugos de frutas, bebidas deportivas, bebidas gaseosas sin cafeína y caldos salados. A medida que los síntomas mejoran, se pueden comer alimentos suaves y blandos.

5 Discusión-Conclusión

El papel que desempeña enfermería a la hora de tratar la diarrea puede enfocarse desde un punto de vista educativo, donde se instruya al paciente que la padece de la dieta que debe tomar desde el inicio de la diarrea hasta la progresión en dieta durante los días que la padecen.

Se pueden dar consejos como el uso de agua embotellada para beber y en el caso de tomar agua de grifo sería conveniente hervirla o recibiendo al tipo de tratamiento químico que la purifique. También se puede aconsejar sobre los alimentos, alimentos cocidos y servidos calientes. También sería conveniente evitar frutas y verduras crudas sin lavar ni pelar.

También es importante conocer tratamientos farmacológicos para tratar síntomas secundarios que puedan surgir de la diarrea como la fiebre, náuseas, escalofríos. Tratando que el paciente se encuentre lo más confortable posible hasta que se recupere del proceso.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/diarrhea.html>.
2. <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/diarrea>.

Capítulo 8

EL ROL DE LA ENFERMERA EN LA PRESTACION DE AYUDA PARA MORIR

ANA MARIA PEREZ INFANTE

1 Introducción

La eutanasia es el acto deliberado de dar fin a la vida de una persona, producida por la voluntad expresa de la propia persona y con el objeto de evitar el sufrimiento.

En España la ley que regula la eutanasia entro en vigor el 21 de junio de 2021 , por lo que hasta ese momento han sido muchas las personas en situación terminal que no han podido acceder a ella. La ley orgánica 3/2021, de 24 de marzo, es la que se encarga de regular la eutanasia (más conocida como LORE).

La prestación de ayuda para morir (PAPM) proporciona a las personas, que cumplen con todos los requisitos, los medios necesarios para cumplir su deseo de morir.

Hay que distinguir dentro de la PAPM dos términos dependiendo de la modalidad llevada a cabo:

- Directa, cuando es el equipo asistencial el encargado de administrar la sustancia al paciente, en este caso recibe el nombre de eutanasia.
 - Cuando es el paciente el que se auto administra la sustancia, siempre en presencia del equipo asistencial en este supuesto recibe el nombre de suicidio asistido.
- En la actualidad además del derecho a la vida también se le da importancia a vivir de una manera digna e incluso a poder morir de forma digna.

2 Objetivos

- Identificar el papel de enfermería durante el proceso de la PAPM.
- Conocer el proceso y la ley sobre la PAPM.
- Ayudara la persona asistida en la toma de decisiones formando parte en el proceso de deliberación.
- Realizar tanto las actuaciones como las técnicas para las que se nos requiera.
- Atender a la persona y familia durante todo el proceso.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capitulo se ha realizado una búsqueda sistemática a través de Google de los diferentes artículos. Teniendo en cuenta sobre todo los artículos y estudios realizados en los 2 últimos años en España. Así como la ley que hace referencia a este tema.

4 Resultados

La prestación de ayuda para morir esta reconocida legalmente desde la entrada en vigor de la ley , el 25 de junio del 2021.

Para poder acogerse a la PAPM es necesario cumplir una serie de requisitos que detallaremos a continuación:

- Tener nacionalidad española o residencia legal con un empadronamiento superior a lo 12 meses, además de ser mayor de edad y estar consciente y actuar sin presiones externas.
- Presentar dos solicitudes con un intervalo de 15 días.
- Tener información por escrito sobre el proceso de su enfermedad y las alternativas que existen.
- Sufrir una enfermedad grave con un sufrimiento insoportable.
- Firmar el consentimiento informado.

Parte de los requisitos anteriores no son necesarios , en caso de que el paciente no se encuentre con todas sus facultades si con anterioridad ha realizado el testamento vital o voluntades anticipadas.

Para poder comenzar el proceso de solicitar la PAPM es necesario seguir una serie de pasos:

- La persona solicita la PAPM al médico responsable pudiendo ser en AP u hospitalaria , el cual tiene 2 días para verificar que cumple todos los requisitos necesarios.

-Tras lo cual se debe debatir con el paciente las diferentes alternativas y posibilidades terapéuticas de las que dispone, se le dará la información también de forma escrita como máximo en 5 días. En el momento del debate es importante que enfermería este presente formando parte del equipo deliberativo.

-El médico responsable confirmará con el paciente su decisión de seguir con el proceso, si es así se comunica al equipo asistencial y a la familia, si así lo quiere el paciente y se le da el consentimiento informado para que lo firme.

-Se debe informar al médico consultor del proceso, el cual tiene 10 días como máximo para comprobar toda la información redactando un informe el cual se comunicará al paciente. Si es negativo el paciente tiene derecho a recurrir a la Comisión de Garantía y evaluación.

Si es positivo también se comunica a la Comisión de Garantía y evaluación en un máximo de 3 días.

El proceso puede durar unos 45 días.

Tras la resolución positiva y si el paciente está consciente es importante que tome la decisión si quiere que se practique la eutanasia o quiere un suicidio asistido. En ambos casos la enfermera acompañará al paciente hasta la muerte con la máxima profesionalidad, manteniendo la intimidad del paciente y su derecho a la confidencialidad.

La PAPM puede causarle a la enfermera un conflicto ético, pudiendo acceder a la realización o declararse objetora de conciencia.

5 Discusión-Conclusión

Desde la entrada en vigor de la ley la enfermera debe dar respuesta y participar en los procesos que se le soliciten aunque en las guías y protocolos no se identifica con exactitud cuál es su rol.

La enfermera conocerá tanto el proceso como los protocolos a seguir. Acompañando al paciente y a la familia durante todo el proceso proporcionándole intimidad y profesionalidad durante todo el proceso.

La enfermera formará parte tanto del equipo deliberativo como de la Comisión de Garantía y Evaluación pudiendo comentar sus dudas tanto con el resto de la Comisión como con el Comité de Ética Asistencial como con los colegios profesionales.

6 Bibliografía

-La enfermera y la prestación de ayuda para morir, Barcelona Marzo 2022.

- Jornadas "Ley de eutanasia y conflictos éticos al final de la vida" H, Aita Menni
- Manual de buenas practicas en eutanasia. Ley orgánica 3/2021, de 24 de marzo. de regulación de la eutanasia.

Capítulo 9

TERAPIA NO FARMACOLÓGICA EN PACIENTES CON DEMENCIA

ANA GARCIA LUCAS

MARÍA DOLORES VALENZUELA GARRIDO

LORENA GOMEZ ESCOBAR

CRISTINA MEDINA MAROTO

LAURA VELÁZQUEZ RUIZ

1 Introducción

Los síntomas de enfermedad de Alzheimer o demencias relacionadas que incluyen agitación, ansiedad, apatía y depresión reducen la calidad de vida de una persona y aumentan la carga del cuidador.

Los artículos sugieren que la agitación y la ansiedad afectan cada una al 9% de las personas con demencia, mientras que la apatía afecta al 50%; tales números aumentan los costos de institucionalización y atención médica, ya que las terapias deben abordar estos cambios comórbidos de comportamiento y estado de ánimo. Si bien las nuevas terapias farmacológicas para la enfermedad de Alzheimer y demencia siguen siendo una esperanza distante, el estándar actual de atención médica sigue siendo un tratamiento sintomático. Los medicamentos aprobados tienen una eficacia limitada, y el uso no indicado en la etiqueta de antidepresivos y antipsicóticos es costoso y conlleva importantes efectos adversos. Múltiples

estudios indican que las intervenciones conductuales y sensoriales, como la presencia familiar, la recreación, la redirección y la terapia artística, son métodos más efectivos para tratar conductas problemáticas.

Durante muchos años, la escucha de música se ha explorado como un tratamiento seguro y económico para los cambios de humor en personas con demencia.

Se logra una mayor eficacia cuando la música se personaliza a las experiencias pasadas de un individuo, es decir, escuchar música personalizada, y más aún cuando el tiempo y el modo de administración de la música también son específicos.

Se teoriza que la personalización proporciona un contexto autobiográfico que conecta al oyente con recuerdos remotos, emociones y habilidades verbales preservadas a pesar del declive neurocognitivo.

Un análisis reciente, del conjunto de datos mínimos nacionales para residentes de hogares de ancianos, encontró que las instalaciones con Música y Memoria en comparación con las que no tienen tendían a disminuir el uso de antipsicóticos y ansiolíticos, así como la disminución de los problemas de comportamiento.

La escucha de música personalizada se ha promocionado como un medio seguro y económico para mejorar la calidad de vida, el estado de ánimo y el comportamiento de las personas con demencia.

Se descubrió que la musicoterapia disminuyó significativamente los síntomas de depresión y, aunque los síntomas comenzaron a aumentar dos semanas después de la musicoterapia, se estabilizaron cuando los enfermeros y terapeutas ocupacionales agregaron canto y música con movimiento a sus actividades de cuidado. Esta última actividad mejoró significativamente el bienestar de los pacientes.

Las escalas más utilizadas en estos pacientes son:

☒ Escala de Cornell para la Depresión → Mide la gravedad de los síntomas de depresión en personas con demencia.

☒ Escala de evaluación de música en demencia → Se utilizó para medir el bienestar de los residentes de hogares de ancianos.

Estas escalas tienen una alta confiabilidad entre evaluadores del terapeuta, para baja confiabilidad entre los evaluadores.

2 Objetivos

-Medir la efectividad de una intervención de musicoterapia y otras terapias no farmacológicas sobre los síntomas de depresión en residentes de hogares de ancianos con demencia.

-Medir la efectividad de una actividad de canto y música con movimiento facilitado por los enfermeros y terapeutas ocupacionales sobre los síntomas de depresión y el bienestar.

3 Metodología

La metodología para llevar a cabo dicho estudio ha sido mediante la revisión bibliográfica de artículos del tema en cuestión así como consultar y comparar con diferentes bases de datos dialnet, pubmed, Scielo, revistas científicas, etc. Con todo ello se ha recopilado información relevante para elaborar dicho estudio.

4 Resultados

La demencia es uno de los mayores desafíos de salud que enfrentamos hoy. A pesar de décadas de investigación, una cura o un tratamiento preventivo efectivo para la demencia sigue siendo difícil de alcanzar. Por lo tanto, el apoyo posdiagnóstico, la provisión de intervenciones no farmacológicas, junto con la atención biomédica para mejorar las experiencias de las personas con demencia, es de vital importancia en la vía de atención de la demencia.

Más allá del enfoque biomédico tradicional, ahora hay un gran énfasis en mejorar la calidad de vida de las personas que viven con esta afección como un indicador importante del impacto general de las intervenciones junto con la mejora de las capacidades cognitivas y funcionales y la reducción de los cambios de comportamiento. Dado que no existe evidencia clara de que cualquier intervención farmacológica mejore la calidad de vida en personas con demencia, existe un gran potencial para el papel de las intervenciones no farmacológicas.

La calidad de vida es una construcción compleja para definir y medir en personas con demencia. Durante los últimos 10 años, el modelo de calidad de vida de Lawton, que enfatiza múltiples dimensiones generales que contribuyen a la calidad de vida, incluido el bienestar psicológico (p. Ej., Afecto positivo y negativo), la competencia conductual (p. Ej., Habilidades cognitivas y funcionales) y el entorno objetivo (por ejemplo, los cuidadores y la situación de vida), sin duda, ha sido la influencia más generalizada en las conceptualizaciones de calidad de vida y el desarrollo de instrumentos de calidad de vida para esta población. Además del concepto amplio y multidimensional, se agrega más complejidad al reconocer que la forma en que se mide este resultado puede tener un impacto en las calificaciones. La calidad de vida de las personas con demencia evaluada por el cuidador a menudo está influenciada por el propio nivel de carga del cuidador

y las personas con demencia tienden a informar su calidad de vida mejor que cuando la califican otros observadores.

Un componente importante de la calidad de vida es el bienestar psicológico, un estado interno que se infiere por las demostraciones observables de afecto y estados de ánimo. Estudios recientes demuestran que el bienestar psicológico (estado de ánimo) está más fuertemente asociado con la calidad de vida que otras dimensiones, como la cognición o la limitación funcional, lo que sugiere que el bienestar psicológico es un predictor clave de la calidad de vida en personas con demencia, entre otras dimensiones. Por lo tanto, la depresión y la ansiedad se incluyeron como resultados además de la calidad de vida en el estudio actual.

Se han hecho diversos estudios que resaltaron que, solo los tipos muy limitados de intervenciones no farmacológicas son beneficiosas para mejorar la ABVD (p. Ej., Programas de ejercicio) y los síntomas psicológicos y de comportamiento de la demencia (p. Ej., Análisis y modificación de antecedentes y consecuencias del comportamiento) y que los profesionales de la salud deben seleccionar los tratamientos basados en la evidencia que mejor se adapten a los resultados específicos.

Estudios sobre el entrenamiento y la estimulación cognitivos sólo informaron que la depresión se evaluó utilizando la forma autoadministrada en todos los estudios primarios originales.

Solo intervenciones terapéuticas basadas en la música y el tratamiento psicológico, que fue principalmente TCC, demostró un efecto significativo.

Solo 4 tipos de intervenciones identificadas (terapia de reminiscencia, tratamiento psicológico, masajes e intervenciones terapéuticas basadas en la música) informaron el tamaño del efecto combinado para la ansiedad.

Las intervenciones terapéuticas basadas en la música demostraron un efecto significativo sobre la ansiedad. El tratamiento psicológico, que se basó en TCC, demostró un efecto significativo sobre la ansiedad realizada por el personal, pero no mostró un efecto significativo sobre la ansiedad de forma autoadministrada.

Solo la estimulación cognitiva y las sesiones terapéuticas basadas en música demostraron un efecto significativo sobre la calidad de vida.

Existen diferentes tipos de terapias que pueden lograr sustituir ciertas medidas farmacológicas:

- Terapia cognitivo conductual

La TCC es un enfoque estructurado activo, directivo y de tiempo limitado basado en el modelo cognitivo: la forma en que los individuos perciben una situación está

más estrechamente relacionada con su reacción que la situación misma. La TCC se ha establecido como un tratamiento psicológico eficaz y apropiado para su uso con personas con trastornos de ansiedad a lo largo de la vida.

Los enfoques de TCC realizados por un reciente estudio utilizaron técnicas de la TCC convencional, como desafiar los pensamientos disfuncionales, desarrollar habilidades de afrontamiento positivas para controlar los efectos de la enfermedad y participar en actividades agradables.

Se hicieron algunas modificaciones de procedimiento (por ejemplo, instrucciones repetidas, más práctica en la sesión y señales recordatorias) a la TCC convencional para satisfacer las necesidades de las personas con demencia.

Además de las sesiones de terapia regulares, algunos emplearon un enfoque multimodal, como la combinación de TCC con ejercicio de Tai Chi y grupos de apoyo. Los resultados de la visión general actual destacan que algunas modificaciones a la TCC convencional son importantes cuando se trabaja con personas con demencia. Sin embargo, no está claro si las simples modificaciones de procedimiento (p. Ej., Señales de recordatorio) son suficientes para lograr el cambio deseado o la inclusión de componentes adicionales, como los grupos de apoyo, son fundamentales para satisfacer las necesidades de las personas con demencia.

- Masajes

Se define el masaje como cualquiera de las siguientes intervenciones: masaje de manos/pies, acupresión, masaje con golpes lentos en la espalda o reflexología. Estudios aleatorios controlados utilizaron 10 a 30 minutos de masaje diario o reflexología.

- Estimulación cognitiva

La estimulación cognitiva se definió como una gama de actividades y debates (generalmente en grupo) dirigidos a la mejora general del funcionamiento cognitivo y social. La orientación de la realidad (p. Ej., Discusión de información orientadora actual a través de periódicos, fotografías, con materiales seleccionados para estimular los 5 sentidos) también se consideró como una forma de intervención de estimulación cognitiva, la cual desarrollaremos más adelante. Algunos estudios utilizaron varios enfoques, incluida la orientación de la realidad, la utilización de pasatiempos y actividades, y la presentación de imágenes visuales de familias, animales y objetos seguidos de discusiones grupales.

- Musicoterapia y su combinación con otras terapias

En las últimas décadas ha habido un aumento en la investigación sobre el uso de terapias de bienestar alternativas que emplean aspectos de las artes para los ancianos.

Como ya se ha comentado anteriormente, la musicoterapia se ha utilizado para

inducir beneficios para la salud y el bienestar de varios grupos de edad, incluidas las personas con Enfermedad de Alzheimer, ya que es efectiva en el tratamiento de la ansiedad, la depresión y trastornos cognitivos. Además, se puede encontrar integrada en numerosas terapias alternativas de bienestar para las personas mayores, incluida la terapia de reminiscencia y la terapia de orientación de la realidad.

La musicoterapia aporta un estímulo placentero que es capaz de evocar emociones positivas a los pacientes, y, por consiguiente, aumenta el umbral de tolerancia al estrés de los mismos, ya que reduce la activación simpática suprarrenal causada por el estrés. Numerosos estudios concluyen que la musicoterapia es más efectiva en pacientes con demencia de leve a moderada, que en los que tienen demencia severa. También aumenta el nivel de autoconfianza, por lo que resulta más fácil hacer frente a sentimientos como la depresión y la ansiedad.

Las intervenciones basadas en la música se pueden dividir en 2 categorías:

- Pasivas: se basa en escuchar y apreciar la música
- Activas: se refiere a tocar un instrumento, cantar, componer u otro tipo de participación activa. Este tipo de intervención es la más efectiva para controlar síntomas psicológicos de pacientes que padecen demencia.

Esta terapia es efectiva porque las regiones del cerebro que codifican la memoria musical a largo plazo se conservan relativamente bien en las personas que padecen la enfermedad de Alzheimer, ya que la atrofia cortical que presentan es mínima y tiene un reducido desarrollo de biomarcadores. También se ha demostrado la efectividad de la música en la promoción de la memoria autobiográfica de los pacientes, por lo que se encuentra una mejora de sus recuerdos autobiográficos cuando los pacientes escuchan la música de su propia elección. La evocación de recuerdos particulares relacionados con la música es uno de los elementos que conforman la terapia de reminiscencia.

La terapia de reminiscencia es una actividad grupal que implica la discusión conversacional de la memoria autobiográfica basada en recordar eventos, sentimientos y pensamientos experimentados en el pasado para aumentar la adaptación al proceso del tiempo presente, es decir, el envejecimiento. Se desencadena por temas específicos, elementos tangibles como fotografías o artefactos, o grabaciones de música. Resulta útil para mejorar los síntomas conductuales, la cognición, el estado de ánimo y para reducir los síntomas depresivos. Esta actividad se usa con poblaciones mayores en el cuidado de la demencia, y se ha demostrado que afecta más positivamente a la cognición, y la salud mental, especialmente la depresión y la autoestima. Se ha demostrado que esta terapia es más efectiva cuando se realiza en entornos grupales que en terapia individualizada por sus

beneficios de socialización.

Los estudios demuestran que el uso combinado de la musicoterapia y la terapia de reminiscencia en los dominios de la psicología y la sociología, que la música puede desencadenar efectivamente recuerdos autobiográficos con un fuerte contenido emocional y que los recuerdos personales de música de un individuo están estrechamente vinculados a su propia identidad y la historia de vida. De la misma manera, han demostrado los efectos positivos de tales terapias sobre el bienestar mental de los participantes, fundamentalmente sobre el estrés, la ansiedad y la depresión.

Además de estas dos técnicas, existe una tercera llamada técnica de orientación de la realidad, que se usa como método para personas con demencia, ya que implica repetir y usar información relacionada con el momento, el lugar y las personas actuales en un entorno grupal regular.

Un reciente estudio, afirma que la adecuada combinación de las tres terapias citadas, es decir, musicoterapia, terapia de reminiscencia y técnica de orientación de la realidad, mejoran el bienestar de los pacientes geriátricos con respecto a la aplicación independiente de cualquiera de estas tres técnicas.

Esta triple combinación de terapia fue realizada en sesiones de 45 minutos, dos veces por semanas durante 8 semanas, comenzando la sesión con la técnica de orientación de la realidad (determinando el día de la semana, mes, año, estación y datos personales); después música acompañada de movimientos corporales por la enfermera; y finalmente terapia de reminiscencia con canciones de música tradicional española conocida por todos los pacientes, preguntándoles acerca de la letra, el artista y los recuerdos que les evoca esa pieza.

Esta triple combinación es incluso más beneficiosa que la puesta en marcha de la musicoterapia y que la combinación de la terapia de reminiscencia y la musicoterapia. De este modo, la mayoría de estudios realizaron intervenciones tres o más veces por semana utilizando la musicoterapia por sí sola o combinada con la terapia de reminiscencia, mientras que la triple terapia obtenía resultados similares realizando tan solo dos intervenciones.

Por lo tanto, una adecuada combinación de las intervenciones musicales, la terapia de reminiscencia y la técnica de orientación de la realidad ayudan a mejorar el bienestar, los síntomas de depresión y la ansiedad en personas mayores con Alzheimer leve a moderado, y realizando menos intervenciones semanales.

Además, el estudio concluye que esta triple terapia puede ser implementada por un equipo de enfermería de residencia de ancianos, pudiendo integrar estas técnicas fácilmente en las actividades diarias de los pacientes con Alzheimer.

5 Discusión-Conclusión

☒ Los estudios realizados utilizaron poblaciones de personas mayores, ya que abarca la mayoría de pacientes que padecen Alzheimer. Pero también sería adecuado para futuras investigaciones que las muestras incluyeran personas más jóvenes que padecen esta enfermedad para comprobar también su beneficio en este grupo de edad.

☒ La terapia que combina musicoterapia, terapia de reminiscencia y técnica de orientación de la realidad, no produce efectos adversos (al contrario que el tratamiento farmacológico), es relativamente fácil de realizar y no necesita una gran inversión económica para su puesta en marcha, por lo que, analizando los beneficios que aporta a los pacientes con Alzheimer, debería de ser impulsada para su implantación en los centros de asistencia de ancianos por los profesionales de enfermería.

☒ Los hallazgos sugieren que las intervenciones más prometedoras para las personas con demencia moderada parecen ser la terapia de estimulación cognitiva, las intervenciones terapéuticas basadas en la música y los tratamientos psicológicos (principalmente la TCC). Si bien se recomienda que los servicios continúen utilizando estos enfoques, la financiación adicional es crítica para abordar las limitaciones de la investigación, es decir, médicos y políticos sanitarios se deben concienciar de que el abordaje no farmacológico de la demencia es muy importante y que se debe invertir más dinero en él.

6 Bibliografía

- Onieva-Zafra MD1, Hernández-García L, Gonzalez-Del-Valle MT, Parra-Fernández ML, Fernandez-Martinez E. Music Intervention With Reminiscence Therapy and Reality Orientation for Elderly People With Alzheimer Disease Living in a Nursing Home: A Pilot Study. *Holistic Nursing Practise*
- Combining music and reminiscence therapy interventions for wellbeing in elderly populations: A systematic review. *Complement Ther Clin Pract*. 2017 Aug;28:18-25. *Istvandity L1*. Griffith Centre for Social and Cultural Research, Griffith University, 170 Kessels Rd, Nathan, Queensland 4111, Australia. Electronic address: listvandity@griffith.edu.au.
- Nonpharmacological Interventions to Improve Depression, Anxiety, and Quality of Life (QoL) in People With Dementia: An Overview of Systematic Re-

views. Kishita N, Backhouse T, Mioshi E. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2019 Jun 16;891988719856690. doi: 10.1177/0891988719856690.

- Implementation of personalized music listening for assisted living residents with dementia. Murphy K, Liu WW, Goltz D, Fixsen E, Kirchner S, Hu J, White H. *Geriatr Nurs*. 2018 Sep - Oct;39(5):560-565. doi: 10.1016/j.gerinurse.2018.04.00.

- The Use of Music and Music Therapy in Ameliorating Depression Symptoms and Improving Well-Being in Nursing Home Residents With Dementia. Ray KD, Götell E. *Front Med (Lausanne)*. 2018 Oct 9;5:287. doi: 10.3389/fmed.2018.00287.

Capítulo 10

RECOGIDA DE SANGRE OCULTA EN HECES POR PERSONAL DE ENFERMERÍA

ANA M^a PÉREZ MIER

1 Introducción

El cáncer de colon es un tipo de cáncer que comienza en el intestino grueso (colon). El colon es la parte final del tubo digestivo. Este tipo de cáncer suele afectar a los adultos a partir de los 40 años, aunque puede ocurrir a cualquier edad. Suele comenzar con grupos pequeños y no cancerosos (benignos) de células llamados pólipos que se forman en el interior del colon, estos con el tiempo, pueden convertirse en células malignas que desemboquen en cáncer de colon.

Los pólipos pueden ser pequeños y generar pocos síntomas o ningún síntoma. Por esta razón, los médicos recomiendan pruebas de detección regulares para ayudar a prevenir el cáncer de colon mediante la identificación y extirpación de pólipos antes de que se conviertan en cáncer.

Si aparece un cáncer de colon, existen diversos tratamientos disponibles para ayudar a controlarlo, entre los que se encuentran la cirugía, la radioterapia, tratamientos farmacológicos, como la quimioterapia, la terapia con diana específica y la inmunoterapia.

El cáncer de colon en ocasiones se puede denominar cáncer colorrectal, que es un término que combina el cáncer de colon y el cáncer rectal, cuyo comienzo se encuentra en el recto.

Los signos y síntomas del cáncer de colon son los siguientes:

Cambio en los hábitos intestinales, diarrea o estreñimiento, o un cambio en la consistencia de tus heces
Sangrado rectal o sangre en las heces
Molestia abdominal persistente, como calambres, gases o dolor
Sensación de que el intestino no se vacía por completo
Debilidad o fatiga
Pérdida de peso sin causa aparente

2 Objetivos

Como objetivos generales de este trabajo podemos encontrar:
Descubrir que es el cáncer de colon.
Diferenciar los diferentes síntomas secundarios de la enfermedad.
Como objetivos específicos destacan:
Conocer la prueba de sangre oculta en heces.
Reconocer los datos que se consiguen durante la realización de la prueba.
Distinguir datos falsos que se pueden obtener durante la prueba.

3 Metodología

Para la realización de esta revisión bibliográfica se han consultado diversas bases de datos científicas entre las que se encuentran Google académico, pubmed, elsevier, scielo, medline plus y clínica mayo.

Para realizar la búsqueda se han utilizado las siguientes palabras clave, sangre en heces, colon, cáncer y prevención.

4 Resultados

Los médicos recomiendan que las personas con un riesgo promedio de padecer cáncer de colon consideren la posibilidad de hacerse una prueba de detección de cáncer de colon alrededor de los años. Pero las personas con un mayor riesgo, como las que tienen antecedentes familiares de cáncer de colon, deben considerar hacerse la prueba de detección a partir de los 35 años, dependiendo de la comunidad en la que se encuentren.

La prueba de sangre oculta en heces (SOH) analiza de una muestra de heces para detectar sangre, que no se observa a simple vista. La presencia de sangre en las

heces supone algún tipo de sangrado en cualquier parte del tracto digestivo desencadenadas por diversas causas como pólipos, hemorroides, diverticulitis o colitis.

Esta prueba además se utiliza como método de diagnóstico precoz del cáncer colorrectal. Para realizar la prueba, la persona a de recoger una muestra de heces, que se han de guardar en un recipiente estéril, teniendo en cuenta que no se han de mezclar con orina ni con agua del inodoro. Una vez recogida la muestra, se frota con un kit que se le entregará a cada paciente. Finalmente se entregará en el centro de salud, donde se etiquetará y se enviará al laboratorio.

El concepto de detectar cáncer colorrectal buscando sangre oculta en heces fecales, se basa en la observación de que los carcinomas sangran más que la mucosa normal. El volumen de sangre perdido en las heces en sujetos normales es de 0,5 mL/d. Esta cifra aumenta significativamente en casos de cáncer colorrectal y en adenomas, en razón de la localización, tamaño y estadio.

Si se detecta sangre mediante una prueba de sangre oculta en las heces, pueden ser necesarias más pruebas para determinar el origen del sangrado.

5 Discusión-Conclusión

El cáncer colorrectal es la segunda causa de muerte mundial, de ahí la importancia de la prueba de sangre oculta en heces supone una prueba de detección precoz primordial, en la que si el resultado fuese positivo y se confirmase el diagnóstico de cáncer colorrectal se puede aplicar un tratamiento adecuado. Por ello, en caso de existir malignidad es importante detectarlo en estadios tempranos.

Los últimos años, con el avance tecnológico, ha supuesto una gran mejora para los laboratorios, ya que es una prueba fácil de analizar que además no requiere mucho tiempo, reduciendo de esta manera el periodo de diagnóstico de la enfermedad.

6 Bibliografía

<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/colon-cancer/symptoms-causes/syc-20353669>
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572011000300005

<https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/prueba-de-sangre-oculta-en-heces/>

Capítulo 11

BENEFICIOS DEL VENDAJE MULTICAPA EN EL TRATAMIENTO DE UNA ULCERA VENOSA

VICTORIA CARLOTA LOSADA RIESGO

1 Introducción

Las úlceras de miembros inferiores son lesiones con pérdida de integridad cutánea, epitelio y tejido conectivo subcutáneo. Su etiología puede ser variada, dificultando su epitelización. Es poco habitual que se resuelvan de manera espontánea, convirtiéndose en lesiones crónicas. Por ello, su manejo es un gran reto para los profesionales sanitarios.

Atendiendo a su etiología, uno de los grandes grupos de úlceras en miembros inferiores son las úlceras venosas. El desencadenante fundamental de este tipo de lesiones es la hipertensión venosa crónica. Suelen ser producidas por alteraciones del retorno venoso secundarias a una insuficiencia del sistema venoso de los miembros inferiores: se producen cuando las válvulas de las venas de los miembros inferiores no impulsan la sangre de nuevo hasta el corazón de forma adecuada.

Las úlceras venosas son las más frecuentes en la extremidad inferior, representando el 75-80% de las heridas en este área y situándose su prevalencia en España entre el 0,5 y el 0,8%. Considerando estos datos y su larga evolución, nos encontramos ante un problema de salud de gran envergadura y con importantes repercusiones socioeconómicas. Afectan considerablemente a la calidad de vida de quien las padece en cuanto a dolor, funcionalidad física, movilidad y aislamiento,

propiciando el absentismo laboral, la pérdida del trabajo y afectaciones psicológicas como la ansiedad y la depresión.

2 Objetivos

- Describir la actuación de enfermería en el abordaje de una úlcera venosa.
- Exponer los beneficios del vendaje multicapa en el tratamiento de las úlceras venosas.

3 Caso clínico

Mujer de 76 años, independiente, con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus de larga evolución, ambas patologías con buen control. En 2003 fue diagnosticada de varices en ambos miembros inferiores y ese mismo año presentó por primera vez una úlcera vascular venosa en la pierna derecha. Desde entonces ha sufrido seis recidivas. En todos los episodios precisó seguimiento y curas por parte de enfermería, que concluyeron con la resolución de las lesiones, pero en ninguno de ellos se empleó un vendaje compresivo.

En esta ocasión, la paciente acude a consulta de enfermería con una lesión en la zona tibial de pierna derecha, de mes y medio de evolución. El lecho ulceral presenta una forma ovalada, con un diámetro longitudinal mayor que el transversal (3 centímetros de alto por 2 centímetros de ancho), lecho esfacelar, exudado moderado y bordes con pigmentación ocre. Los pulsos tibial y pedio están conservados y en la realización del índice tobillo-brazo obtenemos un resultado de 1,13. Todos estos datos nos indican que nos encontramos ante una úlcera venosa.

El abordaje de la lesión se realiza siguiendo los principios de la estrategia TIME. En cada cura se empleó solución de polihexanida para la limpieza y descontaminación del lecho y se llevó a cabo un desbridamiento quirúrgico con bisturí para eliminar el tejido no viable y dejar el viable correctamente preparado para que evolucione hacia la cicatrización. Con este mismo objetivo, así como para eliminar la carga bacteriana, se pautaron curas con cadexómetro yodado.

Para gestionar el exudado y reducir el edema se empleó la terapia compresiva. Se colocó un vendaje multicapa mediante sistema de compresión bicapa, que permitió la aplicación de una presión terapéutica, entre 20 mmHg y 40 mmHg, de forma continua desde su aplicación hasta la siguiente cura a las 72 horas.

La evolución de la úlcera fue lenta pero progresiva. Se consiguió eliminar por completo el tejido esfacelar y reducir la cantidad de exudado. Durante el seguimiento de la lesión no precisó la recogida de cultivos ni presentó ninguna complicación derivada del tratamiento. La úlcera cicatrizó por completo tres meses y trece días después de primera cura.

4 Discusión-Conclusión

El tratamiento de una úlcera crónica y su cicatrización son objetivos complejos tanto para el paciente como para el profesional sanitario. Un pilar básico para alcanzarlos es el tratamiento etiológico. Por ello, la base del tratamiento de cualquier úlcera venosa es la terapia compresiva. Esta reduce la hipertensión y con ello facilita el retorno venoso, disminuyendo el edema y el exceso de presión y favoreciendo así la cicatrización de las lesiones.

Pero no todos los sistemas de vendaje de compresión son efectivos. La evidencia disponible concluye que los vendajes multicapa son más efectivos que los monocapas, acortando el tiempo de cicatrización de las úlceras venosas y reduciendo el porcentaje de pacientes que sufren recidivas. Además de ser más cómodo para el paciente y el profesional en su aplicación, disminuye el número de curas, lo que se asocia con una mayor adherencia al tratamiento.

5 Bibliografía

1. González-Fernández MD, González-Bernárdez MB. Úlcera venosa. Un abordaje holístico. *Enferm Dermatol.* 2020;14(41): e01-e03.
2. Vázquez-González AM, Bernal-Zarzuela P, Ordoñez-Marchena A. “Efectividad del vendaje multicapa en el tratamiento de úlceras venosas”. *SANUM.* 2023; 7(1) 66-71.
3. Delgado Roche E, Malla Clua B, Marquilles Bonet C, Bravo Andrés N. Abordaje de una úlcera de etiología venosa con apósito hidrodetersivo y vendaje de compresión multicapa. *Gerokomos.* 2017;28(4):208-211.
4. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Manual de úlceras crónicas en MMII [Internet]. 1 ed. Madrid: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria; 2019 [acceso 18 septiembre 2023]. Disponible en: https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Manual_Ulceras_Cronicas.pdf

5. Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas. Guía de práctica clínica: Consenso sobre úlceras Vasculares y pie diabético de la Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas (AEEVH) [Internet]. 3 ed. Madrid: Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas; 2017 [acceso 14 septiembre 2023]. Disponible en: <https://aeevh.org/wp-content/uploads/2020/04/Guia-de-Practica-Clinica-web.pdf>

Capítulo 12

IMPORTANCIA DE LA ENFERMERA EN LA HIGIENE DEL PACIENTE ENCAMADO

ANDREA NATAL FUERTES

1 Introducción

La higiene del paciente encamado es el conjunto de tareas y actividades que están dirigidas a proporcionar el aseo corporal y la comodidad del paciente encamado, logrando la mejora de su autoimagen.

La correcta realización de la higiene está asociada a la disminución de la morbilidad y mortalidad de los pacientes que se encuentran hospitalizados, destacando principalmente aquellos que se encuentran en el área de cuidados críticos, y está directamente relacionada con la reducción de las tasas de infecciones del tracto respiratorio y urinario, úlceras por presión, etc. (1)

Es una tarea que no se encuentra exenta de dificultades y de riesgos, por ello se pueden encontrar numerosos protocolos que ayudan a que el personal que realiza los aseos se organice de manera metódica para asegurarse que ningún paso se olvide.

Es función del personal de enfermería previamente al inicio del aseo asegurarse del buen estado del paciente, así como hemodinámicamente como respiratoriamente. Visualizar si ha habido algún cambio respecto a días previos. Asegurarse de ello, evitará durante el aseo de posibles complicaciones, como convulsiones por fiebre, broncoaspiraciones por mal manejo de las secreciones.

También es importante valorar los elementos básicos del aseo, para que una vez comenzado el aseo no se tenga que interrumpir para hacerlo en el menor tiempo posible.

2 Objetivos

Dar a conocer la importancia de la figura de enfermería en la higiene del paciente encamado.

3 Metodología

Para la realización de esta revisión bibliográfica se han consultado diferentes bases de datos científicas entre las que se encuentran elsevier, medline, google académico, pubmed, así como diversos blogs de divulgación científica. Seleccionando aquellos artículos que más se adaptan a los objetivos de este trabajo.

4 Resultados

Para el inicio correcto de un buen aseo en el paciente encamado hay que tener en cuenta una serie de consideraciones entre las que podemos encontrar que la higiene del paciente se ha de realizar en los turnos de mañana antes o después del desayuno si en el caso tuviese, pero teniendo en cuenta que los aseos se han de realizar siempre que el paciente lo necesitare. También es importante que los aseos se realicen entre dos personas, para comodidad del personal que lo realiza y seguridad del paciente. Hay que mantener la temperatura de la habitación con una temperatura adecuada entre los 22-24°C así como la temperatura del agua del aseo que estará entre los 35-40°C a no ser que se tuviese orden médica de modificar dicha temperatura. Hay que evitar corrientes de agua. Preparar todo el material previo al aseo para evitar interrupciones. Hay que intentar preservar la intimidad del paciente en todo momento. No se ha de desconectar la fluidoterapia en ningún momento durante el aseo.(2)

Como personal sanitario es de vital importancia el lavado de manos antes y después del aseo, así como la utilización de guantes durante su realización.

El material necesario para realizar la técnica del aseo de manera eficiente sería:

- Dos palanganas.
- Jabón PH neutro.
- Champú.
- Esponjas con o sin jabón.
- Dos toallas grandes y una pequeña.
- Ropa de cama limpia.
- Ropa de vestir, como un camisón, pijama, bata, etc.
- Peine o cepillo.

- Crema hidratante.
 - Tijeras
 - Carro para la ropa sucia o una bolsa.
 - Gasas y suero fisiológico (lavado de ojos)
 - Guantes.
 - Cepillo de dientes o depresor y gasa, colutorio, pasta de dientes, vaso.
- Para realizar el aseo de manera protocolaria se podría seguir una serie de pasos que podrían variar de un lugar a otro, pero manteniendo pasos en común en todos los protocolos:
- Identificar al paciente.
 - Explicarle al paciente lo que se le va a hacer para obtener su consentimiento y cooperación.
 - Involucrar al paciente y a sus cuidadores en todo lo que sea posible.
 - Reunir y preparar el equipo.
 - Lavarse las manos y ponerse guantes.
 - Procurar la intimidad del paciente.
 - Observar al paciente durante toda la higiene y advertir cualquier signo de ansiedad.
 - Verificar que estén accionados los frenos de la cama.
 - Ajustar la altura de la cama.
 - Colocar todo el material cerca de la cama.
 - Ayudar al paciente a adquirir una posición cómoda, y colocar en decúbito supino.
 - Exponer únicamente la parte corporal que se va a lavar.
 - Para quitar el camisón comenzar por el miembro libre de fluidoterapia (si precisa)

5 Discusión-Conclusión

Para la realización del aseo en pacientes encamados es importante saber que no se considera una tarea adjudicada a un solo grupo, sino que está considerada una tarea en la cual debería de poder participar todo el equipo necesario para poder realizarla de manera eficiente y sobre todo con máxima seguridad.

Por ello es importante establecer un protocolo hospitalario en el cual se recoja un listado de pasos ordenados, de esta forma cuando se inicie el aseo el material se encuentre preparado para evitar perder tiempo y con los pasos interiorizados para preservar la seguridad del paciente en todo momento.

6 Bibliografía

(1)chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0363.pdf

(2)chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0363.pdf

Capítulo 13

PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES INGRESADOS

ANA M^a PÉREZ MIER

1 Introducción

En el ámbito sanitario es cada vez más importante la concienciación por parte del personal de adquirir un hábito de cuidados al paciente encaminados a proporcionar cuidados de calidad, así como una atención que proporcione seguridad al paciente.

Las caídas en el ámbito sanitario suponen una gran tasa de morbilidad y mortalidad en el ámbito hospitalario, por lo tanto, la Seguridad del Paciente debe primar sobre cualquier otra cosa.

La definición de caída, según la Organización Mundial de la Salud, es "la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al individuo al suelo en contra de su voluntad".

Dentro de los indicadores de calidad de los cuidados de enfermería nos encontramos con la prevención de caídas

Desgraciadamente, las caídas suponen uno de los efectos adversos más comunes que tienen lugar en los centros hospitalarios, suponiendo no solo un perjuicio para el paciente, sino una gran responsabilidad para el personal encargado de este, aumentando por consiguiente el gasto sanitario. Las estadísticas reflejan que las personas mayores con edades comprendidas entre 65 y 80 años sufren por lo menos una caída al año, pudiendo llegar a tener consecuencias indeseables tanto para el afectado como para la familia.

Lo ideal sería, contar con instrumentos que nos faciliten evaluar el riesgo del paciente al ingreso en el área de hospitalización, así poder actuar sobre los riesgos a la mayor brevedad posible y evitar así las consecuencias negativas.

2 Objetivos

- Establecer protocolos de actuación estandarizados en la prevención y cuidados a pacientes con riesgo de caídas de acuerdo a las últimas evidencias.
- Destacar la importancia de prevenir e identificar por parte del personal los riesgos de caída asociados a la edad y a la patología 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 ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Una vez identificados los factores de riesgo se llevará a cabo la prevención de manera individualizada y se planificarán las actividades oportunas en cada situación.

Existen dos tipos de factores condicionantes de las caídas:

- Factores extrínsecos: todos aquellos relacionados con el entorno del paciente.
- Factores intrínsecos: todos aquellos relacionados con su patología y/o su estado cognitivo.

Como existen factores tanto intrínsecos como extrínsecos relacionados con el paciente, las medidas de prevención de caídas deben aplicarse desde el ingreso del paciente en la unidad hospitalaria hasta el alta domiciliaria, haciendo hincapié en las medidas preventivas a tener en cuenta en el domicilio del paciente.

Cuando se produce una caída, la enfermera responsable del paciente realizará una primera valoración del estado del paciente, aplicará los cuidados oportunos y avisará al médico responsable en ese momento. A continuación, la enfermera programará las intervenciones necesarias para evitar nuevas caídas.

Todas estas actividades deben quedar reflejadas y debidamente detalladas en la historia clínica del paciente, para poder prevenir en un futuro acontecimientos similares que puedan desencadenar en un agravamiento de la patología del paciente, tratando de evitar consecuencias físicas, psíquicas y sociales.

Dichas consecuencias son:

- Físicas: los daños derivados de la caída, como por ejemplo fracturas, hematomas, contusiones, erosiones, heridas, laceraciones, ...

- psíquicas: miedo a que se repitan las caídas, pérdida de autoestima y confianza...

- Sociales: sobreprotección en el ámbito familiar sobre quién sufre la caída.

Como medida de prevención de caídas se deberá aconsejar que se sigan las siguientes recomendaciones, tanto por parte del paciente y familia, como del personal:

- Iluminar adecuadamente los ambientes.

- Hacer uso de bastones y andadores si precisa.

- Utilizar calzado cerrado y antideslizante.

- Mantener el entorno organizado y libre de obstáculos.

5 Discusión-Conclusión

Se ha comprobado que siguiendo estas recomendaciones se disminuye el porcentaje de caídas dentro de cada servicio hospitalario, favoreciendo la pronta recuperación del paciente, ya que no aumenta el tiempo de hospitalización por causa ajena al motivo de su ingreso, a su vez repercute en que se disminuyen los gastos derivados de su estancia hospitalaria y repercute favorablemente en las estadísticas de la unidad de hospitalización, aumentando así los indicadores de calidad de los cuidados del equipo de enfermería, convirtiéndose así el centro hospitalario en un referente en centros comprometidos con la excelencia en cuidados según las recomendaciones actuales de la BPSO.

6 Bibliografía

Protocolo de Caídas. [acceso 27 Nov 2009]. Disponible en: <http://www.geriaticos.org>

Joint Commission International Accreditation Standards For hospitals Third edition. Joint Commission International, 2007.

Falls. The assessment and prevention of falls in older people. Clinical guideline 21 November 2004. National Institute for Clinical Excellence. NH

Capítulo 14

NUTRICIÓN ENTERAL Y COLOCACIÓN DE SONDA NASOGÁSTRICA EN ENFERMERÍA

ANDREA NATAL FUERTES

1 Introducción

El tratamiento nutricional consiste en el aporte de los nutrientes necesarios para mantener las funciones vitales cuando no es posible la alimentación convencional, así sea mediante nutrición enteral, nutrición parenteral o combinación de ambas. Su función reside en conseguir un estado óptimo del estado nutricional, evitando así la desnutrición para mejorar la evolución de la enfermedad mediante la combinación de nutrientes y reducir así la morbilidad. Los pacientes que más se benefician de este tipo de dieta son los pacientes críticos, así como personas que padezcan disfagia o que se encuentren en estado de desnutrición.⁽¹⁾

La nutrición enteral en específico se administra mediante una sonda, ya necesite técnica o no quirúrgica, pudiendo ser nasogástrica, nasoduodenales o nasoyeyunales. Otro método de administración sería mediante ostomía, gastrostomía o yeyunostomía, ambas precisan de intervención quirúrgica.

La nutrición enteral toma vital importancia cuando el enfermo no tiene la capacidad de tomar el alimento por sí mismo, pero sí tiene un buen funcionamiento digestivo. Esto evita el autocatabolismo proteico, el sobrecrecimiento bacteriano, la traslocación bacteriana, la pérdida de defensas inmunológicas del sistema digestivo o la atrofia del enterocito. Todo ello enfocado a la mejor evolución del proceso de enfermedad o a la mejoría de la calidad de vida del paciente.

2 Objetivos

Los objetivos generales de este trabajo son:

- Conocer los diferentes tipos de nutrición.
- Valorar que tipo de nutrición es la conveniente según el tipo de paciente.

Entre los objetivos específicos se encuentran:

- Conocer el tipo de sondajes por lo que se administra la nutrición.

3 Metodología

Para la realización de esta revisión bibliográfica que ha realizado una búsqueda en diferentes bases de datos de carácter científico entre las que se encuentran Scielo, pubmed, google académico, medline. Así como en diversos blogs de carácter divulgativo científico. Palabras claves: Nutrición enteral, sonda nasogástrica, nutrientes.

4 Resultados

Para el inicio de la nutrición enteral se precisa en primer lugar el medio por el cual se administrará, es decir la sonda, ya sea sonda nasogástrica, sonda nasoyeyunal o nasoduodenales o por medio de ostomías. Para ello se necesitará la sonda, ya sea por método quirúrgico a no.

Para la colocación de la sonda nasogástrica sin método quirúrgico se necesitará las SNG, una bolsa colectora o una bolsa a aspiración, jeringa, guantes, fonendo y apósito para fijación.

El procedimiento para la colocación de la sonda debería estar bajo protocolo para una correcta colocación para que en caso de error se sepa el paso exacto en el cual se ha cometido el error.

En primer lugar, se informará al paciente de la técnica que se le va a realizar. La higiene de manos y la colocación de guantes en segundo lugar. Se colocará al paciente en posición Fowler y después se medirá la longitud de lo que se le debe introducir (distancia entre la punta de la nariz hasta el lóbulo de la oreja, hasta el apéndice xifoides). Se cubrirá al paciente para evitar que se manche por un posible vómito. Para lubricar la sonda se utilizará lubricante hidrosoluble o agua. Para introducir la sonda se introducirá suavemente con movimiento rotatorio hasta la distancia marcada. Para comprobar que se encuentra en estómago se introducirá con una jeringa grande llena de aire, se conectará a la sonda y con el fonendo se colocará en el estómago y se introducirá el aire para escuchar si

está bien colocada. Posteriormente, se fijará la sonda y se conectará a la bolsa colectora o a la bolsa de aspiración. Posteriormente, se registrará en los cuidados de enfermería, fecha, tipo de sonda y longitud que se introduce.(2)(3)

El personal de enfermería en el cuidado de la alimentación sonda nasogástrica se va a centrar en evitar la broncoaspiración por regurgitación de la dieta, evitar la formación úlceras por presión en la nariz y la mucosa gástrica y evitar la obstrucción de la sonda enteral, entre otras. (1)

5 Discusión-Conclusión

El personal de enfermería para la administración de la nutrición enteral (NE) es necesario, ya que son las encargadas de la administración de esta, tanto en la colocación del medio de administración como la nutrición en sí. Tiene que tener los conocimientos necesarios para saber cuando se puede administrar, si existe algún tipo de circunstancia que la contraindique (como un residuo de volumen gástrico elevado) o visualizar complicaciones de tipo broncoaspiración (importante administrar la NE con el cabecero elevado).

El personal de enfermería es el que se encuentra en contacto directo con el paciente, por lo tanto, es el que puede valorar cambios en las personas diariamente para adecuar los cuidados a su estado actual.

6 Bibliografía

(1) Montero-González, M.L. (no date) Controversia 2. Cuidados de la nutrición enteral en el Paciente Crítico, Nutrición Hospitalaria. Available at: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112023000200012

(Accessed: 23 September 2023).

(2)Investigación R. Los cuidados de enfermería en el paciente con nutrición enteral [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2022 [cited 2023 Sep 23]. Available from: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/los-cuidados-de-enfermeria-en-el-paciente-con-nutricion-ental/#google_vignette

(3)Revista Médica y de Enfermería Ocronos. ▷ Nutrición Enteral: Ventajas, Cuidados de Enfermería y complicaciones [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2020 [cited 2023 Sep 23]. Available from: <https://revistamedica.com/nutricion-ental-ventajas-cuidados-enfermeria-complicaciones/>.

Capítulo 15

SUTURAS: TIPOS Y TÉCNICA

ESTHER CAMPA MENENDEZ

1 Introducción

Las suturas son productos de uso médico cuya finalidad es aproximar tejidos y/o ligar vasos sanguíneos. Los materiales a partir de los cuales se fabrican las suturas pueden ser diferentes y existe una gran variedad de ellos: fibras naturales, proteínas animales, sustancias químicas sintéticas o metales. En función de su origen, la indicación de la sutura varía hasta el punto de que existen suturas creadas y diseñadas específicamente para determinados procedimientos. Históricamente, cientos de años antes de nuestra era ya se empezaron a utilizar materiales en el cierre de heridas y aproximación de bordes hasta llegar a la Edad Media, época en la que se avanzó mucho en relación a este tema, llegando a documentar de forma escrita indicaciones de tipos de suturas en determinadas circunstancias.

Para su correcto uso hay que estar familiarizado con las características propias de las suturas: además del nombre comercial, es importante reconocer el material que la conforma, así como su estructura y la absorción que presenta, sin olvidar la existencia de diferentes calibres. Toda esta información es necesaria para la correcta elección de la sutura.

Al existir una gama tan amplia, es necesario que el personal sanitario que va a suturar conozca las opciones disponibles, ya que es una técnica de uso muy extendido tanto en la atención primaria como en la especializada.

2 Objetivos

- Describir las propiedades y características de las suturas.

Los objetivos secundarios:

- Conocer las suturas de uso específico por procedimientos.
- Enumerar las diferentes técnicas de sutura que se pueden utilizar.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión de la literatura en diferentes bases de datos como Biblioteca Virtual de Salud, Medline y Scopus. Las búsquedas se realizaron con una combinación de las palabras clave: "suturas", "técnicas de sutura", "atención primaria de salud", "cirugía" y "hospital" junto a sus equivalentes en inglés. Se incluyeron todos los documentos de acceso libre en cualquiera de los dos idiomas en los que se realizaron las búsquedas.

4 Resultados

La clasificación de las suturas varía según sus características. Si atendemos a las características físicas:

Según su estructura, las suturas serán monofilamentos cuando se trate de una única fibra o multifilamentos cuando la unión de varios filamentos conformen una hebra. Estos últimos, se subdividen a su vez en otras dos categorías: trenzadas cuando las fibras están entretejidas o retorcidas cuando se unan varias retorciéndolas en la misma dirección.

El calibre de la sutura se corresponde con su diámetro independientemente del material. Así, las suturas más gruesas son las del número 5 y las más finas de 12-0. Por tanto, un mayor grosor será indicativo de un mayor calibre.

Otra forma de clasificación muy habitual es en función de las propiedades de reabsorción (cómo reacciona la sutura empleada en el tejido humano). Pueden ser reabsorbibles o irreabsorbibles.

- Suturas reabsorbibles naturales: el catgut proteína del colágeno de origen bovino u ovino. Se trata de un monofilamento.
- Polímeros sintéticos reabsorbibles: fabricados con sustancias químicas, ya sean polímeros o copolímeros. Se pueden presentar en forma de monofilamento o multifilamento trenzado. Son de uso muy habitual por causar pocas reacciones en los tejidos, son fáciles de manipular por su flexibilidad y además poseen gran fuerza.
- Suturas irreabsorbibles: la sutura más utilizada a lo largo de la historia de esta categoría es la seda. Compuesta por múltiples filamentos, es una sutura de fácil manejo, suave y flexible con multitud de aplicaciones. Otra de las suturas irreabsorbibles de uso extendido es el Nailon: se presenta como multifilamento

trenzado o hebras monofilamento. Con el paso del tiempo, se debilita la fuerza de tensión de esta sutura, por lo que es recomendable su uso en procedimientos que no requieran mantenerla a largo plazo. Las suturas de poliéster y polipropileno son extremadamente fuertes, ambas con la diferencia de que la primera se comporta en los tejidos de forma relativamente inerte y la segunda extremadamente inerte y ambas están disponibles en multitud de calibres que van desde las presentaciones más finas hasta un número 2. Por último, está el acero inoxidable de uso quirúrgico en presentación de monofilamento y multifilamento retorcido. Tienen particularidades a la hora del uso, ya que puede acodarse fácilmente y requiere preparación minuciosa previa.

Una vez elegido el tipo de sutura que se va a utilizar, la técnica de sutura también es algo importante para que el resultado sea óptimo.

1. Puede hacerse un tipo de sutura continua, en la que se usa una única hebra de hilo fijada en uno de los extremos de la herida. Dentro de este tipo de sutura hay tres subtipos:

1.1. Sutura intradérmica: los bordes de la piel se aproximan de forma estrecha, por lo que la cicatriz que deja es prácticamente invisible y su uso es habitual en niños o con fines estéticos.

1.2. Sutura en bolsa de tabaco o jareta: usada en los cierres de estructuras en forma de tubo.

1.3. Puntos trabados: para mejorar la hemostasia, en una sutura continua se pueden dar estos puntos aportando mayor resistencia.

2. Puntos separados: de forma individual se van colocando a lo largo de toda la línea de sutura, con un resultado de cierre muy fuertes por la multitud de puntos de anclaje existentes. Se pueden separar más o menos en función de la necesidad de tensión que conlleve el cierre de la herida.

3. Suturas de contención: son una variante de los puntos separados. Consiste en colocar puntos separados con el fin de reforzar. Para ello se darán perpendiculares a la incisión.

4. Puntos por transfixión: se aplica tras una ligadura con el objetivo de evitar que esta se suelte.

5 Discusión-Conclusión

Tras la lectura de los resultados, se puede observar que existen muchas opciones de suturas y cada una tiene su uso principal en unas determinadas situaciones y en unos tejidos concretos. La elección de la sutura es muy importante, al igual que también lo es la técnica con la que se aplica. Se han descrito las suturas cor-

respondientes a hilos y hebras, aunque existen también las suturas mecánicas (grapas o clips) aplicadas a través de dispositivos como endograpadoras de formas y presentaciones variadas. Estas últimas son de uso específico de quirófano, a diferencia de los hilos que su uso es aplicable en todos los niveles asistenciales de la sanidad. 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. Acosta Hernández, N. M. (2023). Manual de suturas.
2. Armas Moredo, K., Armas Pérez, B. A., Segura Pujal, L., Márquez Hernández, J., & Armas Moredo, K. (2009). Materiales de sutura quirúrgico. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 13(5), 0-0.
3. Cornejo-Carrasco, C. E. (2022). Enseñanza virtual de las suturas quirúrgicas para estudiantes del pregrado de medicina humana durante la pandemia de covid-19. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 22(3), 514-521.
4. García Sarubbio, M. (2009). Suturas quirúrgicas elaboradas en los Centros de Salud (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de La Plata).
5. Mireya, R. P., & Ramírez, E. (2011). Tipos de Suturas. *Artigo Revista actualización Clínica Investiga*.

Capítulo 16

LA ENTREVISTA EN ENFERMERÍA

ANA M^a PÉREZ MIER

1 Introducción

La entrevista clínica es una herramienta de recopilación de información , que se usa a diario en la profesión enfermera. La utilizamos para evaluar necesidades y asistir a las personas a las que prestamos atención.

Para utilizarla es preciso disponer de habilidades y facultades sociales y de comunicación, para poder abordar el aspecto interpersonal.

Toda persona es capaz de mantener una conversación con otra, pero no todas poseen el entrenamiento habilidades y conocimiento para realizar una entrevista. La entrevista, se basa en la comunicación que se establece entre dos personas o más , con un fin preestablecido, distinto de una conversación usual y natural. Constituye el pilar de la comunicación , del día a día del personal sanitario y del enfermero en particular.

Es uno de los medios que se utiliza en el primer paso del proceso de atención de enfermería ,que es la valoración .

La entrevista clínica es un proceso que requiere de unos pasos y técnicas bien definidas.

Además la entrevista clínica se conoce como una habilidad de comunicación , y como tal requiere ser aprendida para completar los conocimientos y aspectos técnicos .

Las habilidades de comunicación y las que suponen relación con los pacientes , constituyen uno de los principios básicos de la práctica de los profesionales sanitarios.

2 Objetivos

Como objetivo general:

Identificar la entrevista de enfermería, no solo como una recogida de datos, sino como un primer paso para establecer una relación con los pacientes.

Como objetivos específicos:

Analizar la importancia de la comunicación que debe establecerse en la relación enfermera/paciente.

Conocer las habilidades sociales que debe tener un profesional de enfermería, para realizar una entrevista con calidad .

3 Metodología

Para la realización de esta revisión bibliográfica se han consultado diversas bases de datos científicas entre las que se encuentra : google académico , elsevier, pubmed, clinica mayo, medline plus y scielo.

Para realizar las búsquedas se han utilizado las siguientes palabras clave : entrevista clínica, comunicación , habilidades comunicación.

4 Resultados

La entrevista clínica nos sirve para obtener información fiable y útil ,relacionada con el paciente, familia o comunidad de una forma estructurada y organizada, mediante la cual ,se realiza una valoración de su estado de salud ,identificando las necesidades, preocupaciones, problemas o respuestas humanas.De esta forma podremos planificar los cuidados ,además de conocer. las personas que vamos a cuidar.

La primera fase de la entrevista es el momento en el que se inicia una relación terapéutica entre enfermera y paciente y es la fase más importante ,ya que lo que se haga en esta fase marcará la dirección de toda la entrevista.

En esta etapa es donde la enfermera explica el propósito de la entrevista, es decir su naturaleza y finalidad, esto conlleva una disminución de la ansiedad del paciente y aumenta su motivación .

El final de esta etapa tiene lugar cuando la enfermera se hace una idea del problema del paciente y cuando el paciente siente que ha expresado todo lo que quiere

contar.

Finalizaremos esta etapa con un resumen, tratando así de aclarar dudas.

En la segunda fase la enfermera trata de obtener los datos necesarios relacionados con el paciente. Suele iniciarse con la verbalización por parte del paciente de lo que más le preocupa y a partir de aquí vamos integrando historia clínica , antecedentes familiares y personales...

La enfermera debe utilizar técnicas de comunicación que permitan a ambas partes sentirse cómodos para poder llegar a conectar .

En la fase final de la entrevista la enfermera no debe incluir información nueva. En esta última fase deberán resumirse los puntos más importantes comentados en la entrevista , se tratará de finalizar la entrevista con afecto y aprecio hacia el paciente.

5 Discusión-Conclusión

Tras la finalización de esta revisión se concluye que la entrevista es la primera situación de contacto que se establece entre enfermera y paciente y en el que se encuentra la comunicación .En ella nos aproximamos a los problemas, necesidades del paciente y no se trata, de un acto para la cumplimentación de un documento sin más .

Para poder realizar una buena entrevista se debe disponer del conocimiento de una serie de habilidades y destrezas sociales que permitan al profesional saber qué hacer y decir en cada momento.

La comunicación es una estrategia más , de la que disponemos y que como tal, se aprende y se practica.

Comunicarse es uno de los comportamientos humanos más significativos y naturales que existe, y para la enfermería la comunicación es un proceso esencial en la relación con los pacientes, considerando a la persona como un ser bio-psico-social.

6 Bibliografía

1- K Zoppi, RM Epstein.¿Es la comunicación una habilidad? Las habilidades comunicativas para mantener una buena relación .Anales Sis San Navarra;2009.

2- Cibanal L. Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud.España:Elsevier:2011.

3-Jimenez AP. La entrevista clínica :Herramienta para cuidar. Ágora de enfermería 2006;10(1):900-904.

4- Vidal Blan R, Adamuz Tomás J, Feliu Baute P. Relación terapéutica : el pilar de la profesión enfermera .Enferm Global 2009;17:1-9.

Capítulo 17

ENFERMERÍA EN EL MANEJO Y TRATAMIENTO DE NEONATOS CON SÍNDROME DE ABSTINENCIA

CARMEN BARBA SANCHEZ

MARÍA ESCRIBANO LÓPEZ

MARÍA PINTO RODRIGO

PABLO ALAÑÓN VISO

JESUS BARBA CARMONA

1 Introducción

El síndrome de abstinencia neonatal (SNA) se puede definir como el conjunto de signos y síntomas que el recién nacido experimenta una vez se produce el nacimiento, al haber estado expuesto a sustancias tóxicas, consumidas por la madre, durante su desarrollo intrauterino.

Dicho síndrome es producido debido a que las sustancias consumidas son capaces de atravesar la barrera placentaria llegando al bebé y haciendo que tanto la madre como el bebé se vuelvan dependientes de la droga.

Las sustancias tóxicas adictivas que con mayor cantidad y frecuencia se consumen son cafeína (40%), tabaco (13,6%), alcohol (3,5%) y, un 32,6% consumen marihuana, cocaína, anfetaminas (éxtasis, MDMA), benzodiacepinas, opiáceos (heroína, metadona, morfina), barbitúricos, antidepresivos, codeína y oxicodona.

En España se cree que el 50,4% de las mujeres embarazadas ha consumido alguna sustancia tóxica durante el embarazo y, el 50% de ellas han consumido la combinación de varias de esas sustancias anteriormente mencionadas. De ese porcentaje, el 60 – 70% de los recién nacidos tendrá síndrome de abstinencia en los primeros días de vida y, en torno al 40% de ellos padecerán problemas de salud a lo largo de su vida si entre las sustancias consumidas se encuentran nicotina, anfetaminas, cocaína, marihuana o alcohol.

2 Objetivos

- Conocer y manejar los cuidados de enfermería que se deben llevar a cabo para detectar, controlar y tratar el síndrome de abstinencia que el bebé con madre consumidora de sustancias tóxicas pueda llegar a tener, una vez se haya producido el alumbramiento.

3 Metodología

La obtención de información y realización de la presente revisión sistemática se ha llevado a cabo mediante bibliografía de los últimos 5 años, comprendiendo desde el año 2018 a 2023, encontrada a través de terminología trasladada al lenguaje controlado Tesauro, mediante descriptores de ciencias de la salud tales como MeSH y DeCS, en las distintas bases de datos mencionadas posteriormente, y con la utilización de operadores booleanos (AND, OR y NOT).

Entre las bases de datos consultadas se encuentran PubMed/Medline, ElSevier, Scielo, biblioteca virtual en salud (BVS), Dialnet y Cochrane, así como metabuscadores tal que Google académico. También se han consultado páginas oficiales como la Sociedad Española de Neonatología (SeNeo), la Asociación Española de Pediatría (AEP) o la Sociedad Española de Enfermería Neonatal (SEEN).

Asimismo, se ha considerado que los artículos estuvieran en texto completo e idiomas del español o inglés, y que la muestra englobara a niños con edades comprendidas entre 0 días y 1 mes, así como niños nacidos con menos de 25 semanas hasta 37 semanas. Entre las palabras claves utilizadas en la búsqueda de información se encuentran:

“Síndrome de Abstinencia Neonatal”, “Enfermedades del Prematuro”, “Atención de Enfermería”, “Enfermera”, “Recién Nacido Prematuro”.

4 Resultados

El síndrome de abstinencia no tiene un patrón fijo de presentación, si no, que el inicio dependerá de la cantidad y el tipo de droga consumida por la madre y, en la semana de embarazo que comenzó y finalizó el consumo. Así, se puede observar el inicio entre las 4 – 24 horas del nacimiento para opiáceos, llegando hasta los 8 – 14 días post nacimiento, aunque lo habitual es realizar control de síntomas las primeras 48 – 72 horas.

Para reconocer los signos y síntomas de alarma del síndrome de abstinencia, primeramente, se deberá conocer que sustancia ha estado consumiendo la madre, ya que estos van a depender de dicha sustancia. Aunque hay síntomas comunes para todas las drogas como son hipoglucemia, hipomagnesemia, sepsis, irritabilidad, temblores, nerviosismo, insomnio, febrícula o fiebre, diarrea y vómitos, se deberán distinguir los específicos de cada droga, así, con el consumo de opiáceos, además, se pueden ver hiperreflexia, clonus, hipertonía, bostezos, estornudos, llanto agudo, reflejo de Moro exagerado; taquicardia, hipertensión arterial, taquipnea, sudoración, distrés respiratorio crónico, rinorrea, lagrimeo, midriasis; intolerancia digestiva. Si se consume benzodiacepinas también se observarán movimientos anormales, convulsiones, sudoración, temblores y/o llanto inconsolable. Con el consumo de cocaína y anfetaminas conjuntamente se observará llanto estridente, succión excesiva, hiperreflexia, malformaciones, hemorragias, infartos intracraneales e intestinales, atresia, reducción de los miembros, anomalías cardíacas y renales y, muerte súbita. Si se ha consumido marihuana, además se observará sobresaltos, hiperreflexia, alteraciones del sueño, baja motilidad y menor respuesta a estímulos lumínicos.

Entre los cuidados de enfermería se encuentran el paliar dicha sintomatología y proporcionar el mayor confort al niño hasta que desaparezca toda la droga de su organismo. Para la adecuada valoración del grado de abstinencia presente en el bebé se realiza la escala modificada de Finnegan, dónde se puntuará la presencia o no de los signos descritos en dicha escala. Si la puntuación es > de 8 signos, se deberá iniciar el tratamiento adecuado.

Una vez realizada la escala, se mantendrá al bebé en la incubadora, manipulándolo lo menos posible, aislándolo de la luz y los ruidos, así como, se calmará el llanto excesivo e irritabilidad mediante el uso de chupete o inmovilización con toallas.

Dichos métodos se irán retirando al observar la mejoría de los síntomas.

La alimentación se deberá iniciar una vez desaparezcan los vómitos, realizando tomas pequeñas y con mayor frecuencia. Estará contraindicada la lactancia ma-

terna para evitar el traspaso de una mayor cantidad de sustancias tóxicas o posibles enfermedades de transmisión sexual al recién nacido.

Con respecto al tratamiento farmacológico que será pautado por el neonatólogo, será diferente según la sustancia tóxica consumida, aunque, generalmente, se administrará 20mg/kg de fenobarbital intra muscular (IM) seguido de 6-12mg/kg/día oral de mantenimiento c/8h. Si además la madre es HB Ag+, se administrará 0,5ml de gammaglobulina anti-hepatitis B y vacuna anti-hepatitis B con 5µg antes de las 12 horas de vida, repitiéndose al mes o a los 2 meses y a los 6 meses.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de abstinencia debe ser inicialmente manejado por las matronas y ginecólogas que atienden y detectan a dichas madres toxicómanas, inculcando y haciendo ver los efectos secundarios que se producirán por el consumo de sustancias tóxicas como puede ser retraso del crecimiento intrauterino, desprendimiento de placenta, prematuridad, hipertensión y taquicardia materno/fetal, malformaciones, contagio de enfermedades como Sida, Hepatitis C y B, pudiendo todo ello llevar a la muerte prematura del bebé.

Con respecto a la actitud a llevar a cabo en la Unidad de Neonatología, se deberá manejar cada caso individualmente, y, tener en cuenta tanto los comentarios de las matronas y ginecólogas, como la de los Servicios Sociales, ya que según la trayectoria de la madre y la sustancia tóxica consumida/tiempo de consumo, el bebé puede ser dado de alta de neonatos e irse con la madre o, puede terminar con la custodia en los Servicios Sociales.

Por último, hoy día no existe un protocolo de actuación común a llevar a cabo del manejo del síndrome de abstinencia del neonato, por lo que resultaría de interés realizar un seguimiento del mejor manejo de dichas situaciones y dejarlo reflejado para que en todos los servicios de neonatología resuelvan estos problemas de salud al unísono diferenciando claramente la actitud a adoptar según el tipo de droga o enfermedad de transmisión sexual a la que se enfrenten en cada caso particular.

6 Bibliografía

1. Fernández Carrión F, Pérez A. Síndrome de abstinencia en la UCIP. [Internet]Protoc diagn ter pediatr. [citado el 13 de abril de 2023]. 2020;3:3-

15. Disponible en:https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/01_sindrome_ucip.pdf.
2. Mur MA, Lopez-Vilchez A, Paya A. Abuso de tóxicos y gestación [Internet]. AEP [citado el 13 de abril de 2023].
3. Marangoni SR, Gavioli A, Días LE, Oliveira MLF de. Consumo de drogas de abuso durante el embarazo analizado mediante el método de detección oportunista. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2022 [día 14 de abril de 2023];27.
4. Zapata Diaz JP, Rendón Fonnegra J, Berrouet MC. Síndrome de abstinencia neonatal. *Pediatría* [Internet]. 2017 [citado el 15 de abril de 2023];50(2). Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007313.htm>
5. Metadona. Comité de Medicamentos de la Asociación Española de Pediatría. *Pediamécum*. [Internet]. 2022. [citado el 15 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-medicamentos/pediamecum/metadona>
6. López LI, Herrerías A, Franc FJ. Atención de Enfermería en el síndrome de abstinencia neonatal [Internet]. *Ocronos - Revista Médica y de Enfermería*; 2020[citado el 17 de abril de 2023]. Disponible en:<https://revistamedica.com/atencionde-enfermeria-en-el-sindrome-de-abstinencia-neonatal/>
7. Síndrome de abstinencia neonatal. [Internet] Stanford Medicine Children's Health [Internet]. [citado el 20 de abril de 2023].

Capítulo 18

ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES ANTE LOS PACIENTES CON HIPOTERMIA

CARMEN BARBA SANCHEZ

MARÍA ESCRIBANO LÓPEZ

MARÍA PINTO RODRIGO

PABLO ALAÑÓN VISO

JESUS BARBA CARMONA

1 Introducción

La hipotermia es una afección médica en la cual la temperatura del cuerpo se reduce por debajo de lo normal debido a una pérdida de calor o un aumento en la producción de calor. Los síntomas incluyen entumecimiento, confusión, debilidad y, en casos graves, puede causar shock y caída de órganos. La hipotermia se puede prevenir con medidas de protección contra el frío y medidas para mantener el calor del cuerpo, como mantener seco y abrigado.

El hipotálamo tendrá como reacción a esta bajada de temperatura y lo hará a través de la vasoconstricción y el comienzo del temblor. Son, además, elementos o condicionantes predisponentes, la edad, del enfermo hipotérmico, el alcoholismo, diabetes, patologías crónicas, heridas, etc.

El descenso de la temperatura se traducirá y actuará con la reacción de que va a ralentizar el metabolismo basal y a su vez el consumo de oxígeno. Disminuye y menoscaba el ritmo cardíaco y el flujo sanguíneo circulante, se ve incrementado el hematocrito, y tendrá como consecuencia que disminuye la diuresis.

Con la llegada del frío y en la gran mayoría por no decir de la totalidad de los sucesos de hipotermia que se registran y declaran en cualquier país, estos van a ser congruentes al contexto y medio urbano, en época invernal, en individuos denominados y clasificados en la sociedad como sintecho con elementos y condicionantes de mucho riesgo los cuales estos estarán la gran mayoría de los casos asociados al alcoholismo y drogadicción.

2 Objetivos

Exponer las consecuencias y las necesidades en asistencia por parte de la enfermería de los casos en los que sucede una hipotermia.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de artículos, tesis y publicaciones en las principales bases de datos: Google y Google Academy, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La hipotermia se produce cuando el cuerpo pierde calor más rápido de lo que puede producirlo. Esto puede ocurrir por varias razones, algunas de las cuales son:

Exposición al frío. Estar al aire libre en climas fríos sin suficiente ropa impermeable o estar mojado en climas fríos pueden causar pérdida de calor e hipotermia. Inmovilidad. Lesiones o enfermedades que impiden moverse, como una fractura de cadera, pueden hacer que sea difícil para el cuerpo generar calor.

Enfermedad mental. Las personas con enfermedades mentales, como la esquizofrenia o la depresión, pueden tener dificultades para juzgar la temperatura y ponerse ropa adecuada.

Consumo de drogas o alcohol. El consumo de drogas o alcohol puede afectar la capacidad del cuerpo para regular la temperatura y aumentar el riesgo de hipotermia.

Edad avanzada. Las personas mayores son más propensas a la hipotermia debido a cambios en el cuerpo que debilitan la capacidad del cuerpo para regular la temperatura.

Exposición a ambientes con alta humedad y baja temperatura, como en la montaña.

La hipotermia se debe prevenir mediante medidas de protección contra el frío y medidas para mantener el calor del cuerpo, como mantener seco y abrigado, tener una alimentación adecuada, y evitar el consumo de drogas y alcohol.

La atención de enfermería para un paciente con hipotermia puede incluir las siguientes acciones:

Identificación y evaluación. La enfermera debe evaluar la temperatura del cuerpo del paciente y buscar signos y síntomas de hipotermia, como entumecimiento, confusión, debilidad y cambios en el ritmo cardíaco y la respiración.

Protección contra la pérdida de calor. La enfermera debe asegurar que el paciente esté cubierto con ropa térmica y mantas para prevenir la pérdida de calor.

Reemplazo de líquidos. Si el paciente está deshidratado, la enfermera puede administrar líquidos intravenosos para reemplazar los líquidos perdidos y ayudar a regular la temperatura del cuerpo.

Calentamiento. La enfermera puede usar técnicas de calentamiento, como bolsas de agua caliente o lámparas de calor, para ayudar a aumentar la temperatura del cuerpo del paciente.

Monitorización de signos vitales. La enfermera debe monitorear los signos vitales del paciente, como la frecuencia cardíaca y la respiración, para detectar cualquier cambio en el estado del paciente.

Tratamiento de complicaciones. Si el paciente desarrolla complicaciones como shock o fallo de órganos debido a la hipotermia, la enfermera debe brindar tratamiento apropiado para manejar estas complicaciones.

Educación al paciente y familia. La enfermera debe proporcionar educación al paciente ya su familia sobre cómo prevenir la hipotermia y cómo manejar los signos y síntomas en el futuro.

Coordinación con el equipo médico. La enfermera debe colaborar con el equipo médico para brindar atención integral al paciente y garantizar una recuperación completa.

5 Discusión-Conclusión

El control de la temperatura del cuerpo es crucial para prevenir y tratar la hipotermia. La enfermería juega un papel clave en la identificación temprana de los pacientes en riesgo de hipotermia y en la implementación de medidas para prevenir la pérdida de calor y aumentar la temperatura del cuerpo. La enfermera también monitorea los signos vitales del paciente y brinda tratamiento para las complicaciones relacionadas con la hipotermia. Además, la enfermera debe educar al paciente ya su familia sobre cómo prevenir la hipotermia y cómo manejar los signos y síntomas en el futuro.

Por otro lado, el paciente también tiene un papel importante en el control del frío. El paciente debe seguir las recomendaciones de la enfermera para mantener abrigado y protegido del frío, y también debe estar atento a los signos y síntomas de la hipotermia y buscar atención médica si sospecha de estar alterando de esta afección.

6 Bibliografía

1. Avellanas M.L., Ricart A., Botella J., Mengelle F., Soteras I., Veres T. et al . Manejo de la hipotermia accidental severa. Med. Intensiva [Internet]. 2012 Abr [citado 2023 Ene 13] ; 36(3): 200-212. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912012000300006&lng=es.
2. Camisa Vicente Elba, Viedma Contreras Soledad, García Montero Adrián, Petit i Jornet Josep M, Gombao Baldrich Yolanda, Guinot Bachero Jordi. Quemaduras profundas en extremidades inferiores. La importancia del factor humano: caso clínico. Gerokomos [Internet]. 2021 [citado 2022 Mayo 26] ; 32(4): 263-268. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2021000500263&lng=es. Epub 17-Ene-2022.

Capítulo 19

ENFERMERÍA EN LAS NECESIDADES DEL PACIENTE CON ABERTURA ABDOMINAL EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

MARÍA ESCRIBANO LÓPEZ

MARÍA PINTO RODRIGO

PABLO ALAÑÓN VISO

JESUS BARBA CARMONA

CARMEN BARBA SANCHEZ

1 Introducción

La llegada e ingreso de un paciente a la unidad de cuidados intensivos (UCI) con la incidencia de abdomen abierto o apertura abdominal, el cual va a requerir de un enfoque multidisciplinar a la hora de abordar por parte de todos los profesionales de la salud participantes en su cuidado, pero en especial por parte del profesional enfermero, atención de sus necesidades para el logro de la recuperación y resolución, este motivo citado se debe a diversas causas como:

- Trauma abdominal. Un traumatismo grave, como una herida de arma de fuego o un accidente automovilístico, puede causar daño a los órganos abdominales y requerir cirugía de emergencia.

- Cirugía abdominal. Un paciente que ha sido sometido a una cirugía abdominal mayor, como una colecistectomía o una resección intestinal, podría ser ingresado en la UCI después de la cirugía para controlar las complicaciones y monitorizar su recuperación.
- Peritonitis. La inflamación de la membrana que reviste la cavidad abdominal (peritoneo) puede requerir cirugía de emergencia y cuidados intensivos.
- Infección abdominal. Una infección grave en los órganos abdominales, como una apendicitis o una diverticulitis, puede requerir cirugía y cuidados intensivos.
- Otras causas. Otros problemas médicos como obstrucción intestinal o hernia abdominal pueden ser tratadas con cirugía y cuidados intensivos.

2 Objetivos

Dar a conocer el trabajo que se efectúa en las unidades de cuidados intensivos ante un paciente que ingresa con abertura abdominal por parte de enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha efectuado 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 manejo de un paciente con apertura permanente abdominal en una Unidad de Cuidados Intensivos requiere un enfoque multidisciplinario y cuidados especializados. Algunas medidas generales incluyen:

Monitorización estrecha de la función vital y signos de infección o peritonitis.
Cuidados del sitio de la herida, incluyendo limpieza diaria y cambios de curas, y control de drenajes.

Nutrición adecuada y suplementación con líquidos, electrolitos y proteínas para prevenir malnutrición y complicaciones relacionadas.

Prevención y tratamiento temprano de infecciones, incluyendo la administración de los correspondientes fármacos antibióticos.

Hay varias razones por las cuales un paciente podría ser ingresado en una unidad de cuidados intensivos con una apertura abdominal.

El manejo y control de los drenajes de la apertura abdominal en un paciente en una unidad de cuidados intensivos son responsabilidades clave del enfermero.

Algunas medidas específicas que el enfermo puede implementar incluyen:

Control de los drenajes: el enfermero debe verificar periódicamente los drenajes y registrar la cantidad de líquido drenado, el color y el olor. El enfermo debe asegurarse de que los drenajes estén colocados correctamente y que no haya obstrucciones o fugas.

Hay varios tipos de drenajes que pueden ser utilizados en un paciente con una apertura abdominal en una unidad de cuidados intensivos, pero los más comunes son:

Drenajes de succión. Estos drenajes están conectados a una bomba de succión que mantiene una presión negativa en el área de la herida para ayudar a drenar el líquido y los tejidos necróticos.

Drenajes de gravitación. Estos drenajes están colocados en el área de la herida y dependen de la gravedad para drenar el líquido. Estos son menos invasivos.

Cura de la herida. El enfermo debe realizar curas diarias de la herida, limpiando cuidadosamente el área y cambiando las curas si es necesario. El enfermero debe estar alerta para cualquier signo de infección o daño a los tejidos.

Control de la inflamación. El enfermero debe colaborar con el equipo médico para controlar la inflamación y el dolor, a menudo mediante el uso de analgésicos y antiinflamatorios.

Monitorización de signos vitales. El enfermero debe monitorear periódicamente los signos vitales del paciente, como la frecuencia cardíaca, la temperatura, la cual destacaremos que es muy importante en este tipo de situaciones debido al control de que, si existiera temperatura elevada, podríamos estar ante una infección debido a la herida abierta, la frecuencia respiratoria y la presión arterial, y registrar cualquier cambio significativo.

5 Discusión-Conclusión

De la exposición y estudio de las necesidades de un paciente con las características expuestas, los cuidados en la prevención de infecciones son fundamentales en el manejo de un paciente con una apertura abdominal en una unidad de cuidados intensivos. Algunas de las medidas expuestas anteriormente debemos destacar de ellas que son un clave para prevenir las contaminaciones que conlleva el proceso de manipulación, curación y/o posteriormente cierre en quirófano de la citada

abertura abdominal que incluye en los cometidos enfermeros el control constante de los drenajes y las medidas pautadas al respecto de las curas cuidados o atenciones establecidas tanto por el personal de enfermería como por la parte médica.

6 Bibliografía

1. Montejo González J. C., Estébanez Montiel B.. Complicaciones gastrointestinales en el paciente crítico. Nutr. Hosp. [Internet]. 2007 Mayo [citado 2023 Ene 13] ; 22(Suppl 2): 56-62. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112007000500008&lng=es.
2. Sánchez Arias Mario. Abdomen abierto. Acta méd. Costarricense [Internet]. junio de 2000 [citado el 13 de enero de 2023]; 42(2): 76-80. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022000000200008&lng=en.
3. Brock WB, Barker DE, vagabundos RP. Cierre temporal de heridas abdominales abiertas. Ann Surg 1995; 61 (1): 30-35.
4. Hau T, Biología y tratamiento de la peritonitis. J Am Coll Surg. 1998; 186 (4): 475-484.
5. Wittman DH. Métodos más nuevos de terapia quirúrgica para la peritonitis. En Nyhus. LM Maestría en Cirugía. Boston MA Little Brown and Co: 1996.
6. Wittman DH. Tratamiento quirúrgico y no quirúrgico de las infecciones intraabdominales. Infección 1998; 26 (5): 335-341.
7. Ivatyry RR, Diebel L, Parter J, Simon R. Hipertensión intraabdominal. Clínica Quirúrgica de NA 1997; 77 (4): 783-80

Capítulo 20

DIABETES MELLITUS TIPO II

DELFINA PERAL MIER

1 Introducción

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica, que se caracteriza por la presencia de altos niveles de azúcar en la sangre y originada, o bien porque el páncreas no produce suficiente insulina (hormona responsable de controlar el azúcar en la sangre) o bien porque el cuerpo es incapaz de emplear o utilizar la insulina producida.

Se pueden diferenciar 3 tipos de diabetes Mellitus fundamentalmente, tipo 1, insulino dependiente, tipo 2, no insulino dependiente y tipo 3, gestacional.

En España, el 13,8% de la población sufre diabetes tipo 2. Además, el 28,2% de españoles presentan obesidad, que condiciona y favorece el desarrollo de esta enfermedad. Por este motivo es fundamental conocer la importancia que presentan un buen estilo de vida y unos correctos hábitos en la prevención y tratamiento de la diabetes, así como de otro tipo de enfermedades, como las enfermedades cardiovasculares.

El desarrollo de la diabetes tipo 2 puede prevenirse o retrasar su desarrollo, llevando a cabo unos hábitos saludables, como realizar ejercicio físico de forma regular, con una intensidad moderada, o llevando a cabo una alimentación saludable y equilibrada, como podría ser la dieta mediterránea, disminuyendo a su vez el consumo de hidratos de carbono y el consumo de alimentos ultraprocesados.

2 Objetivos

Los objetivos principales de esta revisión bibliográfica son:

- .-Conocer la importancia de adoptar hábitos saludables en la diabetes mellitus tipo 2.
- Conocer el tratamiento empleado en la diabetes tipo 2.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos: PubMed, scielo y google scholar.. Las palabras clave empleadas fueron: “diabetes mellitus”, “tratamiento farmacológico”, “incidencia”, “dieta”, “ejercicio físico”. Los criterios de inclusión a seguir fueron aquellos que cumpliesen con las palabras clave citadas, aquellos que estuviesen en inglés o en español y cuya antigüedad no fuese mayor a 10 años (2013-2023). Se excluyeron los artículos que no cumplieran los anteriores criterios.

4 Resultados

La diabetes (DM) ocurre cuando el nivel de azúcar en la sangre es demasiado elevado, y se puede producir por dos motivos fundamentalmente; debido a que el páncreas no produce suficiente cantidad de la hormona que regula el azúcar (insulina) o debido a que la insulina producida no se puede emplear correctamente.

La diabetes se clasifica en 3 grupos de forma general:

- Diabetes tipo 1 (DM1), es insulino dependiente. En este caso, el páncreas (las células beta) no produce insulina debido a un mecanismo autoinmune.
- Diabetes tipo 2 (DM2), no es insulino dependiente, está relacionada con estilos de vida sedentarios y con pacientes con obesidad, una de las principales diferencias que presenta con la DM1. Debido a esto, su tratamiento consistirá en realizar cambios en el estilo de vida, alimentación y ejercicio físico. La DM2 es frecuente en adultos y el riesgo de desarrollarla aumenta con la edad.

Diabetes gestacional, este tipo de diabetes debuta durante el embarazo, generalmente en el segundo y tercer trimestre de este, y suele remitir al finalizarse. Es decir, aparece en mujeres que no padecían previamente diabetes

SINTOMATOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO.

En relación con la sintomatología propia de la DM los síntomas más frecuentes son:

- Aumento de la sed, llamada polidipsia.
- Poliuria, volumen de orina superior a 3 litros/día.
- Pérdida de peso.

-Problemas de visión, visión borrosa.

-Aumento del apetito o polifagia.

DIAGNÓSTICO.

En lo que respecta al diagnóstico se basa principalmente en determinar los niveles de azúcar en sangre.

En relación con los valores de glucemia vamos a diferenciar en 3 estados: normal, pre diabético y diabético, así como en dos situaciones, paciente en ayunas o pospandrial.

Los valores óptimos en un paciente sin enfermedad, serían entre 70 y 100 mg/dl sin haber ingerido alimento e inferiores a 140 mg/dl si ha realizado una comida.

En un paciente pre-diabético, se hablaría de cifras de 100-125 mg/dl en ayunas y de entre 140-199 mg/dl después de comer.

Por último, hablaremos de paciente diabético cuando los valores son superiores a 126 mg/dl en ayunas y a 200 mg/dl pospandrial.

TRATAMIENTO DIABETES MELLITUS TIPO 2.

-DIETA.

La alimentación es un factor fundamental, y a pesar de no existir una dieta específica, es importante seguir una serie de pautas.

Según la evidencia científica presente, una buena dieta sería la dieta mediterránea, que combina gran cantidad de alimentos y previene de enfermedades cardiovasculares. Además, es de vital importancia controlar los hidratos de carbono, fuente principal de glucosa. También, mantener unos buenos horarios para las comidas.

-EJERCICIO FÍSICO.

El ejercicio físico juega un papel fundamental en la prevención y mantenimiento de la salud, cobrando más importancia aun para la prevención de enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus tipo 2. Entre los principales beneficios del ejercicio físico se encuentran el descenso de los triglicéridos, y ayuda a mantener controlada la glucosa en el organismo, ya que favorece el consumo de glucosa por los músculos. Es recomendable realizar ejercicio físico de forma regular, mínimo 150 minutos a la semana.

-TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

En relación con el tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus, el tratamiento se va a dividir en dos grandes grupos: ADOS (Antidiabéticos Orales) e insulina.

Los antidiabéticos orales se emplearán si después de varios meses con buenos hábitos dietéticos y la realización de actividad física, no se consigue el resultado esperado. La insulina será necesaria como último escalón en el tratamiento de la

diabetes tipo 2.

La insulina se puede dividir en 4 grandes grupos:

-Insulina regular, rápida, insulina NPH e insulina lenta. La insulina rápida es la empleada antes de las comidas para evitar la hiperglucemia después de comer.

5 Discusión-Conclusión

La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad con una elevada incidencia en España y que preocupa su incremento debido al aumento de obesidad que se ha ido observando en las últimas décadas. El 80% de las personas con diabetes tipo 2 presentan obesidad o sobrepeso. Por ello, para su prevención y tratamiento es fundamental una correcta educación alimenticia, empezando por los niños para tratar de disminuir la obesidad infantil, así como fomentar el ejercicio físico. En este aspecto, la enfermería tiene un rol fundamental, mediante la educación para la salud, dando una serie de pautas para que los pacientes conozcan como llevar a cabo una dieta saludable y equilibrada, así como las señales de alarma como las “4 P de la diabetes mellitus”.

6 Bibliografía

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

Capítulo 21

EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES AGUDAS DE LA DIABETES MELLITUS

MAYRA FERNANDEZ MENENDEZ

1 Introducción

La función del páncreas juega un papel en la etiología de la enfermedad crónica diabetes mellitus. Puede suceder por un par de razones: o el páncreas no secreta suficiente insulina o el cuerpo no utiliza la insulina que produce con la eficacia que debería. Las células beta de los islotes pancreáticos producen y secretan la hormona conocida como insulina, que tiene la capacidad de controlar los niveles de glucosa en sangre (glucemia). La hiperglucemia, o nivel elevado de glucosa en sangre, es un efecto secundario frecuente de la diabetes no controlada y tiene un impacto negativo a largo plazo en varios órganos y sistemas del cuerpo. Particularmente en vasos sanguíneos y nervios.

Los estados de transición entre un estado normal y una condición patológica (diabetes) se conocen como intolerancia a la glucosa o “deterioro de la tolerancia a la glucosa” y alteración de la glucemia basal, que se define como ayuno. En ambas situaciones, existe una gran probabilidad de que los signos y síntomas típicos de la diabetes tipo 2 aparezcan pronto, aunque no es un hecho.

El corazón, los vasos sanguíneos, los ojos, los riñones y los nervios pueden sufrir daños a causa de la diabetes mellitus con el tiempo. Los adultos con esta patología tienen más probabilidades de sufrir un infarto de miocardio o un derrame cerebral, por ejemplo, y su riesgo es dos o tres veces mayor.

Las neuropatías relacionadas con la diabetes afectan los pies y aumentan el riesgo de desarrollar úlceras e infecciones, que en última instancia pueden provocar la amputación de la extremidad. Un contribuyente importante a la diabetes es la retinopatía diabética. Un millón de personas han desarrollado ceguera como resultado de la diabetes. Por último, hay que señalar que la diabetes es una de las principales causas de insuficiencia renal.

2 Objetivos

- Conocer las complicaciones agudas y crónicas derivadas de la diabetes mellitus.

3 Metodología

Para la elaboración del presente artículo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y artículos de las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo. También, se han consultado diferente bibliografía científica sobre la diabetes mellitus en revistas o suplementos del periódico.

Palabras claves utilizadas en la búsqueda: “diabetes mellitus”, “diagnosis”, “clinical”, “complicaciones agudas”, “complicaciones crónicas”, “diabetes prevention”, “Hyperosmolar hyperglycemic syndrome”

4 Resultados

Hay cinco complicaciones agudas relacionadas con la diabetes que ocurren con mayor frecuencia. La cetoacidosis relacionada con la diabetes (CAD), el coma hiperosmolar no cetósico, el fenómeno SOMOGY y la hiperglucemia matutina son ejemplos de hipoglucemia.

La hipoglucemia es un síndrome clínico más que una enfermedad. La tríada de Whipple, que incluye niveles bajos de glucosa en sangre (por debajo de 50 a 60 mg/dl), síntomas que ocurren simultáneamente con estos niveles bajos y mejoría clínica cuando los niveles de glucosa vuelven a la normalidad, establece que la hipoglucemia tiene los tres. Es la complicación más común y significativa de la diabetes. Según la gravedad y la duración de la hipoglucemia, la rapidez con la que comienza y los niveles de glucosa previos a la hipoglucemia, los síntomas variarán.

Cuando existe sospecha clínica se debe iniciar tratamiento. Si el paciente está consciente y la hipoglucemia no es demasiado grave, el tratamiento inmediato

consistirá en darle carbohidratos de rápida absorción (jugo, leche con azúcar). Sin embargo, no se debe utilizar la vía oral si el nivel de conciencia es bajo y la hipoglucemia es grave; en cambio, debe ser tratado y monitoreado por profesionales médicos debido al riesgo de aspiración. En estas situaciones se recomienda la administración de glucosa intravenosa. Utilizando preparaciones con una alta concentración (50 por ciento). El paciente necesita ser hospitalizado para un mejor control, si la hipoglucemia fue causada por el tratamiento con sulfonilureas, es importante recalcar.

El glucagón se administra con frecuencia por vía intramuscular o subcutánea para uso fuera del hospital como sustituto. Esto surte efecto en cuestión de minutos y tiene una duración de horas. La dosis se puede repetir después de 15 minutos si el tratamiento con glucagón es ineficaz. En caso de emergencia, el paciente siempre debe conservar el glucagón en casa en nevera.

La complicación aguda que experimentan con mayor frecuencia los pacientes con diabetes mellitus tipo 1 es la CAD. Dado que la glucosa no puede entrar al cuerpo debido a la falta de insulina, en esta situación se desarrolla hiperglucemia por encima de 250 mg/dl. el interior de las células del cuerpo; no es utilizado por los tejidos dependientes de la sangre y permanece en la sangre. Su característico aliento huele a frutas o manzanas. Para tratar la CAD es necesario corregir los desequilibrios electrolíticos, la hiperglucemia y la deshidratación.

Después del tratamiento con CAD, las complicaciones que ocurren con más frecuencia son la hipoglucemia, la hiperglucemia y la hipopotasemia.

La tercera condición es el síndrome hiperosmolar no cetósico. Complicación aguda, que los diabéticos tipo 2 tienen más probabilidades de experimentar. Mencionan niveles de glucosa extremadamente altos que comienzan alrededor de 600 mg/dl y pueden llegar hasta 1000 mg/dl. El coma hiperosmolar no cetósico puede ser provocado por infecciones, enfermedades coexistentes, tratamientos ineficaces y CAD. Están presentes poliuria y polidipsia, dos síntomas de la enfermedad que causan deshidratación. Pueden presentar cambios neurológicos como confusión, letargo y, en casos más graves, coma. Corregir el déficit volumétrico y el estado hiperosmolar será el objetivo del tratamiento.

La hipoglucemia nocturna y la hiperglucemia de rebote son síntomas del fenómeno SOMOGY. Es un fenómeno que parece contradecirse. Mientras que la hipoglucemia ocurre alrededor de las tres de la mañana, la hiperglucemia basal es alta. Se aconseja disminuir la dosis de insulina y administrar un suplemento cada noche. Los niveles de cortisol y Hormona de Crecimiento (GH) aumentan.

El fenómeno ALBA, también conocido como hiperglucemia matinal, se caracteriza por niveles de azúcar en sangre que se mantienen hasta las tres de la madru-

gada. En esta situación, es necesario aumentar la dosis de insulina por la noche. Se cree que el aumento nocturno de GH y cortisol puede ser la causa del aumento de glucosa en sangre.

5 Discusión-Conclusión

A modo resumen, el mejor tratamiento para el paciente diabético es la prevención, por lo que es importante brindar educación sanitaria tanto al paciente como a la familia sobre las normas, horarios de alimentación y autocontrol de la glucemia, así como lo que implica y cuáles son los efectos secundarios de cualquier Lo serán los medicamentos hipoglucemiantes que el médico le haya recetado, ya sea insulina o antidiabéticos orales. También se debe informar al paciente y a su familia sobre las medidas inmediatas que deben tomar en caso de hipoglucemia y cómo administrar la atención inmediata.

Las tasas de mortalidad prematura entre pacientes menores de 70 años aumentaron hasta un 5% entre 2000 y 2016 como resultado de la diabetes mellitus. La tasa de mortalidad en los países desarrollados cayó en los primeros 10 años antes de seguir aumentando.

Un millón y medio de personas murieron en 2019, y casi la mitad de esas muertes ocurrieron en personas menores de 70 años. En 2014, aproximadamente el 9% de los adultos tenían diabetes, que fue una causa directa de esas muertes.

En España, el sistema nacional de salud destina alrededor del 7% de su presupuesto al tratamiento de pacientes diabéticos. A pesar de toda la información proporcionada, el control de la glucemia sigue siendo un tema difícil y con información insuficiente. Se ha descubierto que la falta de adherencia al tratamiento, el incumplimiento del mismo y el curso natural de la enfermedad son los principales factores en la DM2 que impiden que los pacientes alcancen sus objetivos.

6 Bibliografía

1. American Diabetes Association. 2. Classification and diagnosis of diabetes: Standards of Medical Care in diabetes-2021. Diabetes Care [Internet]. 2021 [citado 8 de junio de 2022];44(Suppl 1): S15-33.
2. Emerging Risk Factors Collaboration, Sarwar N, Gao P, Seshasai SRK, Gobin R, Kaptoge S, et al. Diabetes mellitus, fasting blood glucose concentration, and risk of vascular disease: a collaborative meta-analysis of 102 prospective studies. Lancet [Internet]. 2010 [citado 8 de junio de 2022];375(9733):2215-22.

3. GBD 2019 Blindness and Vision Impairment Collaborators, Vision Loss Expert Group of the Global Burden of Disease Study. Causes of blindness and vision impairment in 2020 and trends over 30 years, and prevalence of avoidable blindness in relation to VISION 2020: the Right to Sight: an analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet Glob Health* [Internet]. 2021 [citado 8 de junio de 2022];9(2):e144-60.
4. Di LorenziBruzzone RM, Bruno L, Pandolfi M, Javiel G, Goñi M. Hipoglucemia en pacientes diabéticos. *INNOTEC* [Internet]. 2017 [citado 8 de junio de 2022];02(03):51-60.
5. CSENDOCS-Servei d'Endocrinologia i Nutrició de l'Hospital Universitari Quirón Dexeus. Complicaciones agudas: HIPERGLUCEMIA CON CETOSIS. CETOACIDOSIS DIABÉTICA. [citado 8 de junio de 2022].
6. Adeyinka A, Kondamudi NP. Hyperosmolar Hyperglycemic Nonketotic Coma. 2022 [citado 8 de junio de 2022]; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29489232/>.
7. Martínez EA. Indicación de los autoanálisis en diabetes mellitus tipo 2. *FMC - Form Médica Contin Aten Primaria* [Internet]. 2021;28(3):161-6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134207220301821>
8. Torres IV, Donlo IC. Situación actual del control de la diabetes mellitus tipo 2 en España. Identificación de las principales barreras en la práctica clínica diaria. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2013 [citado 8 de junio de 2022];141 Suppl 2:3-6.

Capítulo 22

MÁXIMA EXPRESIÓN DEL PIE DIABETICO: PIE DE CHARCOT

MARIA LOPEZ CHAVARRIA

RAÚL YELA SÁNCHEZ

PILAR GONZÁLEZ SÁNCHEZ

BEATRIZ PEREZ SANCHEZ

CRISTINA VON MUNTHE AF MORGENSTIERNE RAMÍREZ

1 Introducción

Una de las enfermedades más comunes entre la población, siendo España el segundo país de Europa con mayor prevalencia, es la diabetes mellitus.

Esta enfermedad tiene muchas complicaciones, una de las mas graves es la neuropatía diabética, cuya máxima expresión es la neuroartropatía diabética o también conocida como pie de Charcot.

Se define como una artropatía degenerativa crónica y progresiva que puede afectar a más de una articulación del pie o tobillo, tanto en diabéticos como en no diabéticos, que padecen una neuropatía periférica, con disminución de la sensibilidad superficial, profunda y disminución de la propiocepción, lo que produce fracturas óseas, luxaciones y subluxaciones de las articulaciones, produciendo deformidades en el pie.

Constituye la evolución llevada al extremo del Pie Diabético, es de muy difícil manejo, por lo que el retraso en el diagnóstico de esta patología tiene consecuencias muy importantes para el paciente, disminuyendo su calidad de vida, por tanto, es imprescindible conocer esta patología para ayudar a un diagnóstico temprano.

Esta patología fue descrita por Charcot en 1968, es el factor de riesgo mas importante de complicaciones en el pie diabético.

Se estima que el 0.1% - 0.4% de la población diabética lo sufre, independiente del sexo, el 30% de los casos suele ser bilateral y se estima que se produce en pacientes con una diabetes de mas de 15 años de evolución.

Los principales factores de riesgo de la neuropatía diabética son: el tiempo de evolución de la diabetes (más de 15 años), mal control glucémico, obesidad, tabaquismo, alcoholismo, dislipemia y la hipertensión arterial.

2 Objetivos

- Conocer la fisiopatología del pie de Charcot
- Reconocer los principales signos y síntomas de esta entidad
- Conocer los principales cuidados y la prevención de esta patología

3 Metodología

La búsqueda bibliográfica llevada a cabo para elaborar esta revisión bibliográfica se ha realizado mediante la búsqueda sistemática en los motores de búsqueda: Google, Google académico y en revistas online. Con las siguientes palabras clave: pie de Charcot, neuroartropatía diabética, artropatía de Charcot.

4 Resultados

El pie de Charcot como expresión máxima de la neuropatía diabética, se produce tras una serie de lesiones en el sistema nervioso y en las articulaciones del pie. Pero no es exclusivo de los diabéticos, cualquier condición que produzca una neuropatía sensorial puede producir la deformidad. Esta patología también se produce en pacientes con lepra, sífilis, siringomielia, espina bífida e insensibilidad congénita al dolor, aunque es menos frecuente.

Existen dos tipos de teorías sobre su etiopatogenia: la neurovascular que hace referencia a que, tras producirse la neuropatía, se produce una pérdida del reflejo vasomotor lo que aumenta el flujo sanguíneo, produciendo una destrucción ósea y articular que debilita las estructuras óseas produciendo las fracturas y luxaciones.

La teoría neurotraumática, en la que se produce primero un traumatismo, con fracturas y luxaciones produciendo un estrés mecánico anormal que produce inicialmente microtraumatismos y más tarde macrotraumatismos, lo que lleva a la creación de fracturas y dislocaciones, produciendo una deformidad mecánica y una respuesta inflamatoria exagerada.

Los principales signos y síntomas que podemos observar ante un paciente con esta patología se pueden producir en cuestión de semanas o meses, y dependen de la fase en la que se encuentren:

- Fase aguda: podemos observar tumefacción, edema intenso, aumento de la temperatura y rubor, debido a un traumatismo o a la denervación simpática de las arteriolas, lo que lleva a una debilidad muscular y ligamentosa, a una inestabilidad articular, luxación de las articulaciones y por último a una artropatía. Se estima que 40% de los pacientes que lo sufren tienen una úlcera de pie diabético concomitante.
- Fase crónica: podemos observar en el pie deformidades residuales, hundimiento del arco plantar, convexidad del pie a nivel medial (pie en mecedora), prominencias en zonas de consolidación e inestabilidad articular.

La clasificación más utilizada es la de los patrones de destrucción articular y ósea, descrita por Sanders y Fryberg, y es la más utilizada:

- Patrón I: engloba las articulares metatarsofalángicas e interfalángicas.
- Patrón II: las articulaciones tarsometatarsales. Es el más frecuente, con un 45%.
- Patrón III: articulaciones escafoideas, articulación astragaloescafoidea y la calcaneocuboidea. Es el segundo más frecuente con un desarrollo del 35%
- Patrón IV: articulación subtalar y tibioperoneoastragalina.
- Patrón V: calcáneo.

Para el diagnóstico es imprescindible valorar la clínica, haciendo diagnóstico diferencial con otras patologías como gota, celulitis, osteomielitis, artritis séptica y enfermedades inflamatorias. Para reconocer si está en la fase aguda, es importante cuantificar la temperatura del pie que suele estar entre 29.5°C y 31.5°C, si hay una diferencia en alguno de los pies mayor o igual a 2°C indica que está en la fase aguda.

Como prueba complementaria ante la sospecha clínica se realiza una radiografía, observándose si está en la fase aguda: osteopenia, osteólisis, fragmentación osteocondral, subluxación articular, fracturas óseas, disminución del espacio articular y deformidades en punta de lápiz en los metatarsianos o en forma de reloj de arena en las falanges.

Si se encuentra en la fase crónica encontraremos aumento de la densidad ósea, osteofitos, exostosis y osificación de ligamentos y cartílago articular.

Aunque la prueba con mayor sensibilidad es la resonancia magnética.

Dentro del tratamiento se engloban varios aspectos, como el uso de métodos de descarga para prevenir la deformidad permanente y controlar el edema, mediante dispositivos como la bota Air Cast. El tratamiento con calcio, vitamina D, calcitonina, bifosfonatos, el uso de magnetoterapia y ultrasonidos.

Para prevenir úlceras y heridas debido a las deformidades que se producen usar calzado adecuado y ortesis plantares. Como último recurso se realizaría cirugía.

5 Discusión-Conclusión

La neuroartropatía de Charcot es una de las complicaciones más graves y devastadoras del pie diabético, que pueden instaurarse de forma rápida en pacientes con diabetes mellitus. También es conocida como osteoartropatía neuropática diabética y suele afectar a los pacientes diabéticos en las articulaciones del pie y tobillo.

Hay que tener en cuenta los factores de riesgo más importantes como son la calcificación arterial, que es un marcador que se observa con frecuencia en el pie de Charcot. Igual de importante es el control de los pacientes con mal control metabólico de la enfermedad y antecedentes de ulceración, ya que tienen más probabilidad de desarrollar esta patología.

El objetivo del tratamiento es evitar las fracturas iniciales. Por ello, es primordial el inicio del tratamiento en las fases iniciales de la patología para evitar las deformidades osteoarticulares, las úlceras y, sobre todo, la amputación de la extremidad, lo que tiene consecuencias muy importantes en la calidad de vida de los pacientes.

6 Bibliografía

1. López-Gavito E, Parra-Téllez P, Vázquez-Escamilla J. La neuroartropatía de Charcot en el pie diabético. Acta ortopédica mexicana [revista en la Internet]. 2016 Feb [citado 2023 Sep 30] ; 30(1): 33-45. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2306-41022016000100033&lng=es.
2. Aguilera-Cros C, Povedano-Gómez J, García-López A. Neuroartropatía de Charcot. Reumatología Clínica [Internet]. 2005;1(4):225–7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1699258X05727492>
3. Concepción-Medina T, Rodríguez-Hernández O, Illada-Navarro L. Artropatía de Charcot. Importancia del diagnóstico en fase aguda. Rehabilitación (Madrid, Internet) [Internet]. 2011;45(1):75–7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0048712010001830>
4. Melo SS. Análisis de marcadores diagnósticos en el paciente con pie de Charcot. REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología) [Internet]. 2012 [citado el 30 de septiembre de 2023];4(3). Disponible en: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/927/940>

Capítulo 23

TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA PARA LA CURA DE HERIDAS COMPLEJAS

MARIA LOPEZ CHAVARRIA

PILAR GONZÁLEZ SÁNCHEZ

BEATRIZ PEREZ SANCHEZ

CRISTINA VON MUNTHER AF MORGENSTIERNE RAMÍREZ

RAÚL YELA SÁNCHEZ

1 Introducción

El sistema de presión negativa tiene un amplio uso en la cura de heridas complejas. Consiste en realizar, siempre en una herida quirúrgica o posterior a la realización de un desbridamiento o limpieza quirúrgica, una succión subatmosférica, es decir, una presión negativa sobre la herida, con control de la succión de forma continua o intermitente, que ayuda al desbridamiento y que aumenta la vascularización de la herida, ayudando a disminuir el tiempo de curación y mejorando la evolución. Consiste en aplicar una esponja de poliuretano sobre la herida y sellarlo con un apósito plástico transparente.

La terapia de presión negativa es fundamental en el tratamiento de heridas extensas y complicadas. Se usa en heridas tras una cirugía abierta, cirugía abdominal, traumatología, úlceras venosas, úlceras por presión y en úlceras de pie diabético.

Ayuda a disminuir el tamaño de la lesión, protege de la infección, evitando en primera instancia el uso de colgajos libres y otras intervenciones más complejas con técnicas microquirúrgicas, el uso de colgajo muscular o compuesto, pediculado, o un tratamiento más conservador que va a aumentar el tiempo de curación de estas heridas complejas, requiere un largo ingreso hospitalario, lo que influye negativamente en la calidad de vida de los pacientes.

La enfermera participa activamente durante todo el proceso, ayudando y proporcionando cuidados, así como educación para la salud a los pacientes que usan esta terapia.

2 Objetivos

- Conocer el uso de la terapia de presión negativa en la cura de heridas complejas
- Conocer las principales ventajas del uso de esta terapia

3 Metodología

La búsqueda bibliográfica llevada a cabo para elaborar esta revisión bibliográfica se ha realizado mediante la búsqueda sistemática en los motores de búsqueda: Google, Google académico y en revistas online. Con las siguientes palabras clave: terapia de presión negativa, terapia VAC, terapia de presión negativa heridas, heridas complejas.

4 Resultados

Como hemos comentado la terapia de presión negativa está ampliamente extendida en el uso de heridas complejas, y cuya cicatrización sin este tratamiento sería muy larga, insidiosa y costosa.

La terapia de presión negativa debe usarse en heridas quirúrgicas o sobre las que se ha realizado un desbridamiento o limpieza quirúrgica. Por lo que previo al uso de esta terapia es muy recomendable el amplio desbridamiento de tejido desvitalizado en partes blandas y hueso.

Indicaciones generales: se puede usar en heridas agudas o crónicas complejas tras cirugía general con herida expuesta de gran tamaño, como cirugía abdominal o

vascular. En fracturas abiertas de extremidades y en heridas complejas de cirugía plástica, mastectomías y úlceras de pie diabético.

La terapia consiste en aplicar sobre la herida, entrando bien en contacto con el lecho de esta, una esponja de poliuretano porosa normalmente, pero también puede usarse esponjas con plata para un mejor control de la carga bacteriana. Todo ello se sella con un film o plástico transparente que cubre la herida de forma oclusiva. Esto va unido a una bomba de vacío, que realiza una succión continua o intermitente de forma controlada, repartida uniformemente por toda la herida. Normalmente se usan presiones entre -75 a -175 mmHg.

Todo ello contribuye a disminuir progresivamente y de forma homogénea la profundidad y el tamaño de la herida por aumento de la tensión mecánica de los tejidos, proporcionando un ambiente cerrado y húmedo que promueve la curación. También elimina el exudado de la herida, cuyo exceso favorece la infección y ayuda a disminuir el edema local. Por último, ayuda a aumentar la angiogénesis y el flujo sanguíneo local, acelerando el crecimiento del tejido de granulación, la proliferación celular y propiciando un lecho vascular adecuado para un injerto. También protege el lecho de la herida de agentes externos para evitar infecciones, disminuye la carga bacteriana y las concentraciones de endotoxinas y exotoxinas. También reduce el olor de la herida.

El tiempo de la terapia suele estar alrededor 7-10 días dependiendo mucho del tamaño y tipo de herida, pudiendo utilizarse más tiempo. Suele reevaluarse cada 48-72h dependiendo de las características de la herida y del paciente. Es muy importante en las úlceras muy exudativas garantizar el sellado para evitar fugas.

Este tratamiento se puede usar en pacientes hospitalizados o de forma ambulatoria, tiene una serie alarmas que avisan en caso de fuga u obstrucción, pérdida de presión y si se agota la batería.

Se debe tener especial precaución en pacientes anticoagulados o en heridas muy exudativas por maceración del tejido perilesional.

Evitar su uso en tejido necrótico o costras, en ligamentos, tendones, arterias o venas expuestas, osteomielitis no tratadas o en caso de procesos neoplásicos malignos, o con sospecha de malignidad.

5 Discusión-Conclusión

La terapia de presión negativa se considera un avance muy importante en el tratamiento de heridas complejas agudas o crónicas, mejorando la cicatrización, disminuyendo el riesgo de complicaciones y mejorando considerablemente la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes disminuyendo el tiempo de tratamiento y de resolución de dichas heridas.

Las indicaciones generales de esta terapia con heridas complejas de cirugías generales, abdominales, fracturas abiertas graves, amplios tejidos expuestos y úlceras de pie diabético, teniendo en cuenta la selección e indicación adecuadas de su uso.

Esta es opción terapéutica conservadora, en comparación con otras más cruentas como cirugías y tratamientos invasivos. Es una técnica fácil y sencilla de usar, no invasiva que crea un entorno de curación óptimo, manteniendo un ambiente húmedo cerrado de forma controlada.

Para el uso de esta terapia se requieren profesionales entrenados con práctica y conocimientos, en el que el personal de enfermería tiene una participación activa durante todo el proceso de preparación, colocación, seguimiento y reevaluación de este tratamiento.

6 Bibliografía

1. Buendía Pérez J., Vila Sobral A., Gómez Ruiz R., Qiu Shao S.S., Marré Medina D., Romeo M. et al . Tratamiento de heridas complejas con terapia de presión negativa: Experiencia en los últimos 6 años en la Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona (España). *Cir. plást. ibero-latinoam*. [Internet]. 2011 Dic [citado 2023 Sep 30] ; 37(Suppl 1): S65-S71. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922011000500010&lng=es.
2. González-Ruiz M, Torres-González JI, Pérez-Granda MJ, Leñero-Cirujano M, Corpa-García A, Jurado-Manso J, et al. Efectividad de la terapia de presión negativa en la cura de úlceras de pie diabético: revisión sistemática. *Rev Int Cienc Podol* [Internet]. 2018;12(1). Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/e7b6/fc1ed368fd934179600c9156fe8790b5be82.pdf>
3. Garrigós X, Guisantes E, Oms L, Mato R, Ruiz D, Prat J. Combinación de distintos dispositivos de Terapia V.A.C.® para el cierre de defectos abdominales complejos. *Cir plást ibero-latinoam* [Internet]. 2014 [citado el 30 de septiembre de

2023];40(3):243–51. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0376-78922014000300002&script=sci_arttext&tlng=pt

4. De Juan Pérez FJ. Terapia VAC® en traumatismo grave de pierna izquierda. *Cir plást ibero-latinoam* [Internet]. 2010 [citado el 30 de septiembre de 2023];36(3):247–54. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0376-78922010000300007&script=sci_arttext

Capítulo 24

INTERVENCIONES Y MEDIDAS PREVENTIVAS QUE DEBE ADOPTAR LA ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON HIPERTENSIÓN

ANA ISABEL CANTOS APARICIO

MARIA E. AGUILAR RICO

MIRIAM SORIA GIL

MARIA ESTER SANCHEZ ROMER

AZUCENA DEL OLMO MARTINEZ

1 Introducción

La presión arterial es una medición de la fuerza ejercida contra las paredes de las arterias cuando el corazón bombea la sangre, cuando esa presión arterial es alta es lo que se conoce como hipertensión.

Una presión arterial alta (hipertensión) tiene unas cifras de tensión arterial sistólica mayor o igual que 140 mmHg y una tensión arterial diastólica mayor o igual a 90 mmHg.

Es importante un diagnóstico temprano de esta enfermedad, ya que de ese modo ayuda a prevenir otros tipos de enfermedad, como la cardíaca, accidentes cerebrovasculares, problemas visuales y enfermedades renales.

A su vez, es de gran importancia una vez se diagnostica la enfermedad conocer las intervenciones enfermeras adecuadas, tanto farmacológicas, como no farmacológicas, donde se incluye la adquisición de hábitos de vida saludables.

Hay que hacer un diagnóstico diferencial con otras enfermedades que pueden acompañar a la HTA como la diabetes, enfermedades cardiovasculares y renales. Con respecto al tratamiento, una de las funciones fundamentales de la enfermería es asegurar la adherencia terapéutica del paciente, porque el cumplimiento del tratamiento está directamente relacionado con la reducción del riesgo de sufrir complicaciones y con la prevención de un empeoramiento.

La hipertensión es una enfermedad multifactorial, por lo que es importante tratar a cada paciente en función de sus características personales, pero lo que es común en todos los pacientes es establecer una dieta mediterránea saludable, abandonar el hábito tabáquico, no beber y practicar actividad física.

2 Objetivos

- Dar a conocer los aspectos básicos a tener en cuenta y los cuidados de enfermería en el paciente hipertenso.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos en diferentes páginas de internet basadas en la evidencia científica, entre las que se encuentran Pubmed, Scielo, Medline, etc. Todas las publicaciones incluidas en dichas fuentes de datos han sido revisadas.

4 Resultados

Resaltamos que para la prevención de una enfermedad hipertensiva se deben desarrollar unos hábitos de vida saludables, entre los que se incluyen comer una dieta saludable, limitando la cantidad de sodio o sal, comer alimentos bajos en grasas y muchas frutas y verduras, compaginar esta alimentación con practicar ejercicio regularmente, como caminar rápido durante media hora o una hora todos los días. Tener un peso saludable, limitar el consumo de alcohol, no fumar y controlar el estrés son medidas que ayudan a prevenir dicha enfermedad.

Los cuidados de enfermería son fundamentales cuando se desarrolla la enfermedad hipertensa, aquí podemos incluir el tratamiento farmacológico y no farma-

cológico. Los cuidados enfermeros más importantes son: monitorizar los signos vitales, mantener reposo absoluto y en posición semifowler, control de diuresis y de balance hídrico, pesarlo al ingreso si está ingresado y cada vez que acuda a consulta si se trata en atención primaria, aconsejarle una dieta hiposódica, administrar medicamentos prescritos, orientar y ayudar a la familia a entender la patología y su prevención y tratamiento.

En cuanto al tratamiento farmacológico existen diferentes opciones farmacológicas para tratar la hipertensión, dependiendo de las circunstancias de cada paciente.

Es importante que la persona sepa que en la hipertensión a veces no se presentan síntomas, por lo que se recomiendan controles periódicos de tensión arterial, ya que se suele diagnosticar cuando visitan a su médico de cabecera o acuden al hospital por cualquier otra patología o sintomatología, ya que muchas personas pueden sufrir patologías cardíacas y alteraciones renales sin saber que la causa principal de todos esos síntomas es porque tienen hipertensión arterial, para que se diagnostique hipertensión arterial será necesario medir la presión arterial varias veces.

5 Discusión-Conclusión

La elaboración de este trabajo demuestra que la incidencia de la hipertensión continúa aumentando, y una de las causas principales es el estilo de vida de los que la sufren.

Es de vital importancia conocer las acciones de la enfermería, especialmente, de atención primaria y de atención hospitalaria para la prevención de dicha patología. Entre estas medidas se incluyen una adherencia al tratamiento, detección, control y prevención mediante la promoción y educación de la salud en hábitos de vida saludables, donde el ejercicio y la alimentación son el punto estrella para conseguir una mejor calidad de vida en los pacientes e intentar reducir la incidencia de nuevos casos.

6 Bibliografía

1. Giraldo Osorio A, Toro Rosero M Y, Macías Ladino A M, Valencia Garcés C A, Palacio Rodríguez S. La Promoción De La Salud Como Estrategia Para el Fomento De estilos De

Vida Saludables. Revista Hacia la Promoción [revista en Internet] 2010 [acceso 25 mayo de 2017]; 15 (1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126693010>

2. Llabata Carabal P, Carmona Simarro JV. Educación para la salud: Hipertensión arterial. Epidemiología. Enferm Cardiol. 2005;12(35): 28-32.

3. Suárez Fernández C. Coca Payeras A. Convivir con la hipertensión. Madrid: Medica Panamericana;2007.

Capítulo 25

CONOCIENDO LA DIABETES INSÍPIDA.

ALICIA MAYORAL ALMENARA

SILVIA MÁXIMO CABANILLAS

MARIA DOLORES AVILES SEVILLA

MARIA DEL CARMEN BERZOSA GONZÁLEZ

MARIA DEL SEÑOR QUINTANILLA ORTIZ

1 Introducción

La vasopresina es una hormona secretada por la neurohipófisis, cuya función principal es la conservación del agua corporal y la regulación de la homeostasis.

Tras una cirugía hipofisaria, es frecuente que se produzcan alteraciones en la regulación de hormonas hipofisarias, como son la vasopresina o la hormona antidiurética, que tienen un papel muy importante en la regulación de agua corporal.

La diabetes insípida se produce como consecuencia de una disminución o ausencia de la hormona antidiurética. Es una complicación de carácter transitorio que se produce en el perioperatorio de una cirugía hipofisaria con una incidencia que varía entre el 15 y el 30%.

Puede tratarse de un cuadro transitorio, cuando aparece en las primeras 48 horas tras una cirugía hipofisaria y se resuelve durante los 10 días posteriores a la

intervención. Se produce por una disfunción de las neuronas productoras de la hormona antidiurética por manipulación quirúrgica, que habitualmente es transitoria, recuperando dichas neuronas su función normal.

Sin embargo, en un pequeño porcentaje se produce una diabetes insípida permanente. Esto ocurre únicamente cuando el 90 % de las neuronas hipotalámicas productoras de dicha hormona degeneran tras la intervención quirúrgica. Esto se produce con mayor probabilidad cuanto más alta sea la lesión del tallo hipofisario.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la fisiopatología y el manejo de la diabetes insípida.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 hormona antidiurética (ADH) o vasopresina (AVP) es un nonapéptido que se sintetiza en los núcleos supraóptico y paraventricular junto con su proteína de transporte. Se almacena en la neurohipófisis, desde donde es liberada para unirse a los receptores específicos V2, que se localizan en el túbulo colector renal. Esta hormona se regula principalmente por la osmolaridad plasmática, siendo el sodio el ion determinante de la osmolaridad.

Los osmorreceptores hipotalámicos mantienen la osmolaridad plasmática en un rango que oscila entre 280 y 290 mOsm/kg. Cuando se afecta la secreción de la hormona antidiurética, esta osmolaridad aumenta por encima de 290 mOsm/kg, activando mecanismos compensadores como la sed.

La diabetes insípida se produce como consecuencia de una disminución o ausencia de la hormona antidiurética. Es una complicación de carácter transitorio que se produce en el perioperatorio de una cirugía hipofisaria con una incidencia que varía entre el 15 y el 30%.

Las intervenciones quirúrgicas sobre la región del hipotálamo o la hipófisis constituyen una causa frecuente, pero también puede deberse a tumores de la fosa craneal media, siendo el más frecuente el craneofaringioma, a metástasis carcinomatosas de mama o pulmón, linfomas, o procesos infecciosos como meningitis, tuberculosis o sífilis. En un 16 % de los casos puede originarse también tras un traumatismo craneoencefálico.

Su clínica se caracteriza por poliuria y polidipsia de aparición brusca. Si el paciente se encuentra consciente, referirá sed intensa y boca seca. El volumen de la orina puede llegar a alcanzar los 18 litros, por lo que es fundamental su reposición. Se trata de una orina muy diluida o hipotónica, con una osmolaridad baja en orina y alta en plasma.

Si la excreción de agua llega a superar el aporte, se produce la elevación de la natremia y de la osmolaridad plasmática, llegando a originar esta depleción de volumen una sintomatología neurológica caracterizada con irritabilidad, letargia, confusión y coma.

La presencia simultánea de una osmolaridad plasmática elevada y una osmolaridad urinaria baja en un paciente con poliuria, es característica de una diabetes insípida central.

El diagnóstico en el postoperatorio de la cirugía hipofisaria debe considerarse ante una diuresis elevada (superior a 40 ml/kg/día). Cuando se produce una diuresis con un volumen superior a 200 ml por hora durante 3 horas consecutivas, es indicador para establecer el diagnóstico de sospecha.

Se realizará una analítica sanguínea para medir los niveles de sodio y osmolaridad plasmática, así como un análisis de la osmolaridad en orina. Los datos de laboratorio deben demostrar la presencia de osmolaridad urinaria baja (<100 mOsm/kg). La hiperosmolalidad y la hipernatremia apoyan el diagnóstico.

El objetivo del tratamiento es asegurar la restauración y el mantenimiento de la homeostasis osmótica. La mayoría de casos son leves y transitorios, por lo que no se precisan de tratamiento específico. Si el paciente está consciente, fomentare-

mos la ingesta oral de agua, realizando una monitorización estricta.

Si el paciente es incapaz de reponer por vía oral las pérdidas urinarias, por intolerancia a la ingesta oral o inadecuada percepción de la sed, el balance hídrico, se realizará reposición hídrica mediante vía intravenosa.

En aquellos casos en los que se produzca hipernatremia, o la poliuria sea excesiva, administraremos tratamiento farmacológico con desmopresina. Este fármaco es un análogo de la hormona antidiurética que interacciona exclusivamente con los receptores V2. Su administración consigue una rápida reducción de la diuresis, con una duración de su efecto de 6 a 12 horas. La dosis de administración es de 1 microgramo, que puede administrarse por vía subcutánea, intravenosa, oral o intranasal. Puede repetirse cada 4 horas.

Es fundamental realizar una monitorización estricta de la diuresis, la natremia y la osmolalidad urinaria. Se deberá comprobar la corrección de la homeostasis y garantizar la reposición del volumen en casos de poliuria extrema.

5 Discusión-Conclusión

La diabetes insípida es un proceso clínico que se desarrolla ante una hipofunción neurohipofisiaria por secreción insuficiente de la hormona antidiurética. Se trata de una patología frecuente tras una intervención quirúrgica hipofisiaria, pero existen otras patologías relacionadas con su etiología.

Su clínica se caracteriza por poliuria polidipsia, con una producción de orina abundante e hipoosmolar. Para su diagnóstico se debe realizar una monitorización del sodio en plasma y orina, así como la osmolaridad plasmática y urinaria.

El tratamiento específico consiste en la administración sustitutiva de la hormona antidiurética, siendo necesario en los casos más graves o persistentes. Debido a la producción de grandes volúmenes de orina que pueden desencadenar clínica neurológica por deshidratación, es fundamental realizar una reposición adecuada del volumen plasmático.

6 Bibliografía

1. J.G. Verbalis. Disorders of body water homeostasis. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*, 17 (2003), pp. 471-503.
2. J. Hensen, A. Henig, R. Fahlbusch, M. Meyer, M. Boehnert, M. Buchfelder. Prevalence, predictors and patterns of postoperative polyuria and hyponatraemia in the immediate course after transsphenoidal surgery for pituitary adenomas. *Clin Endocrinol (Oxf)*, 50 (1999), pp. 431-439.
3. E.C. Nemergut, Z. Zuo, J.A. Jane Jr., E.R. Laws Jr.. Predictors of diabetes insipidus after transsphenoidal surgery: A review of 881 patients. *J Neurosurg*, 103 (2005), pp. 448-454.

Capítulo 26

MALTRATO INFANTIL.

PILAR GONZÁLEZ SÁNCHEZ

MARIA LOPEZ CHAVARRIA

CRISTINA VON MUNTHE AF MORGENSTIERNE RAMÍREZ

RAÚL YELA SÁNCHEZ

BEATRIZ PEREZ SANCHEZ

1 Introducción

El maltrato infantil incluye aquellas conductas activas u omisivas, intencionadas o negligentes, ocasionales o mantenidas en el tiempo que comprometan la integridad física y/o emocional de los menores. Supone la máxima expresión de desamparo y desprotección de los menores. Existen distintos tipos de maltrato a la infancia: maltrato físico, negligencia o cuidado inadecuado, desamparo, maltrato emocional y abuso sexual, para cada uno de los cuales, se han descrito unos indicadores que facilitan su identificación y tres niveles de gravedad.

La Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio de Protección Integral a la infancia y a la Adolescencia frente a la violencia constituye el marco normativo a nivel estatal, pretende garantizar los derechos de los niños/as y adolescentes (NNA) frente a cualquier tipo de violencia y establece las medidas de protección integral a la infancia (detección, atención, recuperación, sensibilización y prevención para erradicar la violencia contra la infancia).

Los profesionales sanitarios y del ámbito educativo, policial y servicios sociales, ocupan un lugar clave en la prevención, detección, intervención y notificación

de los casos de maltrato infantil. La prevención debe ser la prioridad para minorar este problema sanitario, utilizando como herramienta la educación y debe implicar a todos los estamentos relacionados con el menor.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer los factores de riesgo para identificar el maltrato infantil y saber cómo actuar.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica combinando las palabras claves: “maltrato infantil”, “prevención”, “tipos de maltrato”. Se han consultado las siguientes páginas web: Ministerio de Sanidad, Formación Activa en Pediatría de Atención Primaria (FAPap), Save de Children y Bienestar y Protección Infantil. Se han incluido libros digitales, artículos originales y de revisión a texto completo. En inglés y español. Han sido excluidos aquellos documentos que no se han podido recuperar a texto completo y que estuvieran en otro idioma que no fuera español o inglés

4 Resultados

Los datos ofrecidos por el Sistema de Registro Unificado de Maltrato Infantil (RUMI), indican que las formas de violencia más notificadas son: negligencia, seguida de violencia emocional, violencia física y violencia sexual. La franja de edad en la que se detectan más casos es de los 11 a los 17 años. La detección del maltrato infantil en cualquiera de sus manifestaciones debe abordarse desde la valoración de todos los ámbitos del menor (escolar, familiar y social).

Se han identificado algunos factores de riesgo que actúan como predictores de probabilidad de maltrato infantil, pero no implican una causalidad directa. Dichos factores están directamente relacionados con: - El niño/a: prematuridad, malformaciones, enfermedades congénitas y graves, discapacidad. Situaciones desfavorables en la relación de apego, problemas de conducta, irritabilidad importante, irregularidades en hábitos alimenticios, de sueño, etc.

- Los familiares: violencia familiar, drogadicción o alcoholismo, embarazo no deseado, desestructuración familiar, antecedentes de retiro de tutela y estilos de disciplina laxos o punitivos.

- El ámbito sociocultural: estatus socioeconómico desfavorable, deficiencias en la vivienda, falta de apoyo familiares y sociales, valores y actitudes negativos hacia la mujer, infancia y la paternidad.

Conocer cuáles son las manifestaciones conductuales de los menores (inhibición social, pérdida de control de esfínteres, inicio en el consumo de tóxicos, etc.) y de los agresores (desprecio y desvalorización del menor, disciplina severa, falta de afecto, amenazas, etc.) y las señales de alarma ayudará a prevenir, detectar y actuar en casos de maltrato infantil.

Ante una sospecha de maltrato infantil, se debe rellenar la hoja de notificación siguiendo los criterios establecidos por el Observatorio de la Infancia y reportar el caso al Registro Unificado de Maltrato Infantil. Cada comunidad autónoma cuenta con estatutos adicionales que refuerzan la normativa nacional e incluso protocolos específicos de intervención en casos de maltrato infantil.

La notificación debe ser realizada por cualquier persona que sospeche o conozca un caso de maltrato infantil. Sin embargo, son evidentes algunas limitaciones o preocupaciones asociadas a la notificación; la principal es la falta de formación en torno a la violencia contra la infancia.

El entorno familiar es el primer determinante en el maltrato infantil, por lo que las intervenciones deben centrarse en las relaciones entre progenitores. La intervención en el hogar que implica a todos los miembros de la familia es particularmente efectiva. Además, se debe incrementar la sensibilidad social para facilitar la identificación de cualquier forma de violencia contra los menores.

La entrevista clínica constituye la forma de intervención de los profesionales ante una sospecha de maltrato infantil, para permitir que los menores compartan sus sentimientos, necesidades, miedos y expresen el abuso que han sufrido. Se han detectado dos variables que explican la falta de revelación del abuso sufrido por parte del menor, la edad y el tipo de relación entre la víctima y la persona agresora.

Durante la entrevista se debe priorizar el bienestar del menor, protegiendo su privacidad y evitando la revictimización. Para ello, se abordará de forma conjunta, coordinada y minimizando la presencia de especialistas de intervención. La conversación debe llevarse a cabo con preguntas abiertas y empleando un lenguaje apropiado para la edad del menor.

5 Discusión-Conclusión

El maltrato infantil es un problema de salud que genera a corto y largo plazo secuelas significativas en los menores (problemas de adaptación, de conducta, inseguridades, autolesiones, faltas de atención, miedos, etc.). Existen distintas formas de maltrato a la infancia, que presentan similitudes, pero también diferencias en cuanto a la forma de provocarlo y la frecuencia. Saber identificar determinadas conductas en los menores y/o responsables legales, pueden facilitar la detección de algún tipo de maltrato.

Es prioritario garantizar el bienestar de los menores, desde los posibles indicios de maltrato para favorecer la recuperación. Siendo la prevención uno de los objetivos principales para enfrentar esta problemática. La prevención mejora la seguridad en las experiencias que tienen los menores, ayudándoles a identificar sentimientos desagradables y situaciones que les dan miedo, además de saber identificar los malos tratos.

6 Bibliografía

1. Gancedo Baranda A. Grupo de Atención al Maltrato Infantil de la Sociedad Española de Urgencias en Pediatría. Manual para la atención a situaciones de maltrato infantil. 2021.
2. García-Bernalt IY. Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. AIS: Ars Iuris Salmanticensis 2021;9(2):412-415.
3. Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia y la adolescencia, Boletín número 24, Datos 2021 [Internet]. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030; 2022. Disponible en: https://observatoriodelainfancia.mdsocialesa2030.gob.es/estadisticas/estadisticas/PDF/BOLETIN_Proteccion_ANO_2021_ACCESIBLE.pdf.
4. Delgado JLC. Hacia un Sistema de Protección Integral a la Infancia y Adolescencia basado en derechos. La responsabilidad Institucional. RES: Revista de Educación Social 2022(35):10.
5. Ruata Laclaustra A, Vera Sáez-Benito MB, Aquilué Berdún M, et al. Detección del maltrato infantil en atención primaria. Febrero 2023.
6. Pérez Candás JI, Ordóñez Alonso MA, Amador Tejón V. Formas clínicas del maltrato infantil. Form Act Pediatr Aten Prim. 2017;10;182-92.

Capítulo 27

MANEJO DEL DELIRIO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

MARIA DEL CARMEN SÁNCHEZ - ORO NIETO

LUCIA ACEITUNO RUIZ

TAMARA GARCÍA FERNÁNDEZ

1 Introducción

El delirio se define como un síndrome mental orgánico, que puede tener un carácter agudo o subagudo. Se caracteriza por la alteración de la consciencia global, asociando desorientación, trastornos del ciclo sueño – vigilia y alteración en la atención. Dependiendo del tipo de delirio, puede existir disminución o aumento de la actividad psicomotora, dando lugar a la clasificación de delirium en hipoactivo o hiperactivo. Una de las características principales del delirio es que se trata de una entidad fluctuante en la presentación de síntomas y en el tiempo.

La incidencia de delirio en los pacientes hospitalizados por causa médica, oscila entre el 10 y el 25%. En el caso de tratarse de pacientes hospitalizados por un proceso quirúrgico, las cifras ascienden hasta el 66 %, especialmente en el postoperatorio de cirugía cardíaca. En las unidades de críticos, estas cifras pueden alcanzar el 84 %, dependiendo de la causa de ingreso y los órganos afectados.

Los factores de riesgo para desarrollar un delirio durante el periodo de hospitalización, son:

- Edad: existe una mayor incidencia en pacientes mayores de 65 años

- Estado funcional basal: Es más frecuente la aparición de delirio en pacientes con diagnóstico de demencia previo al ingreso hospitalario. El 40 % de los pacientes con demencia desarrollará delirium durante un ingreso.
- Sexo: mayor incidencia en hombres respecto al sexo femenino
- Inmovilidad física: Cuando los pacientes son sometidos a restricciones externas como las contenciones mecánicas, conexión a ventilación mecánica, utilización de sondas vesicales o dispositivos de compresión neumática intermitente, aumenta la incidencia de delirio.
- Sedación: Los fármacos sedantes y los opioides contribuyen al desarrollo de delirium, ya que interfieren en las vías de transmisión del sistema nervioso central e interactúan con distintos neurotransmisores.

2 Objetivos

- Conocer los factores de riesgo para el desarrollo de delirio durante un ingreso hospitalario
- Describir diferentes estrategias de prevención del delirio

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos como Pubmed, Scielo, Cuiden y Cochrane. Se ha establecido como criterio de inclusión la fecha límite de publicación el año 2015. Se han utilizado las palabras clave como descriptores.

4 Resultados

A pesar de su elevada prevalencia en los pacientes hospitalizados, el diagnóstico del delirium no siempre es fácil. Para ello, es necesario aplicar diferentes escalas de validación en el diagnóstico de delirium, como la CAM (Confusional Assessment Method) o la escala de calificación de delirio.

Es fundamental la identificación de la causa subyacente, ya que en múltiples ocasiones el delirium es una entidad asociada a infecciones o alteraciones hidroelectrolíticas. Por tanto, se debe descartar la presencia de deshidratación, malnutrición y alteraciones iónicas. De igual forma, se realizará un despistaje de infecciones, eliminando las vías y los dispositivos de inmovilización de forma precoz.

En cuanto a las estrategias de prevención del delirium, se debe minimizar el uso de fármacos sedantes que interactúen con receptores GABA. Se recomienda revisar los fármacos del paciente de forma exhaustiva, para retirar de forma precoz cualquier fármaco que pueda producir de forma potencial delirium. Una de las medidas no farmacológicas más utilizadas, es la promoción de un ciclo sueño – vigilia a través del control de la luz, tapones para minimizar el ruido hospitalario o reducir el ruido de las unidades de hospitalización y las conversaciones del personal sanitario.

Además, se deben corregir los déficits sensoriales de forma precoz, proporcionando al paciente sus gafas y audífonos en caso necesario. Promover una estimulación intelectual adecuada, reduce drásticamente la incidencia de delirium. Es importante dotar las habitaciones de elementos que permitan orientar al paciente en tiempo y espacio, como ventanas y relojes. De igual forma, se recomienda que todo el personal que mantenga una relación con el paciente, por breve que esta sea, se identifique de forma adecuada y recuerde al paciente la fecha en la que se encuentra.

En cuanto a las medidas farmacológicas, se puede realizar profilaxis con dexmedetomidina, que es un fármaco alfa agonista que produce una reducción significativa en la incidencia de delirium en pacientes postquirúrgicos. El haloperidol y la Risperidona, que son fármacos antagonistas de la dopamina, también tienen un papel importante en pacientes tras una cirugía ortopédica o cardíaca.

5 Discusión-Conclusión

El delirio es un síndrome mental orgánico, que se caracteriza por la alteración de la consciencia global, asociando desorientación, trastornos del ciclo sueño – vigilia y alteración en la atención. Se trata de una entidad muy prevalente en los pacientes hospitalizados, especialmente en aquellos que requieren ingreso en las unidades de críticos y tras una cirugía cardíaca. Se debe revisar la medicación del paciente de forma rutinaria, retirando cualquier fármaco con alto potencial de desarrollar el delirio, especialmente los fármacos sedantes y opioides. Existen varias medidas no farmacológicas que forman parte de la estrategia de prevención del delirio, como la corrección de déficits sensitivos, la promoción del ciclo de sueño o la minimización del ruido de ambiente. De igual forma, existen fármacos que han demostrado su eficacia en la disminución de la incidencia de delirio.

6 Bibliografia

Kennedy M, Helfand BK, Gou RY, et al: Delirium in older patients with COVID-19 presenting to the emergency department. *JAMA Netw Open* 3 (11):e2029540, 2020. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.29540

Capítulo 28

ENFERMERÍA ANTE LOS LOS TRANSPLANTES A LOS PACIENTES Y SUS COMPLICACIONES

MARÍA CAMACHO SÁNCHEZ

CECILIA HERNANDO MARÍN

PATRICIA FERNÁNDEZ DEL HOYO

TANIA CARRION

MARINA HERNANDO MARÍN

1 Introducción

Los pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada generalmente se tratan con medicamentos hasta que su condición pueda mantenerse con estos medicamentos. La progresión de la enfermedad, a pesar de la variedad de tratamientos, hace necesaria la búsqueda de nuevas alternativas de tratamiento, por lo que se propone sustituir el corazón enfermo por un corazón sano. Además, se han introducido nuevas opciones de tratamiento alternativo para la insuficiencia cardíaca preimplantacional avanzada, que incluyen dispositivos de asistencia ventricular, resincronización cardíaca, desfibriladores implantables y cirugía y terapia celular. El trasplante de corazón solo debe realizarse en pacientes que se beneficiarán más a medio plazo con mejoras significativas en la supervivencia y la calidad de vida. El trasplante implica un procedimiento quirúrgico complejo y requiere

un tratamiento continuo. Por otro lado, el procedimiento se asocia con morbilidad y mortalidad, así como con un número limitado de donantes potenciales. En general, el trasplante cardíaco está indicado en pacientes jóvenes o de mediana edad con cardiopatía terminal e incapacidad funcional grave; en aquellos que no pueden recibir terapia alternativa y en quienes no existen contraindicaciones formales para la cirugía o la terapia inmunosupresora concomitante. En España, el perfil de un paciente trasplantado es el mismo que el de un hombre de 52 años. La cardiopatía más común que requirió trasplante fue la enfermedad arterial coronaria (36,2%), seguida de la miocardiopatía dilatada idiopática (36,1%).

2 Objetivos

- Identificar las principales complicaciones en el postoperatorio del trasplante cardíaco y las medidas para su prevención.
- Explicar cómo dar una atención psicológica al paciente y a la familia.

3 Metodología

En la preparación de este artículo realizamos una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica disponible. Los artículos se analizan en bases de datos como Medline, Pubmed y Scielo, seleccionando artículos científicos de publicaciones científicas revisadas por pares e información de pautas actualizadas.

4 Resultados

Según el último registro internacional, las tasas de supervivencia después de un trasplante de corazón han mejorado con los años, y la esperanza de vida promedio ahora es de 12 años. El período de mayor riesgo después del trasplante es el primer año cuando la mortalidad llega al 20%. En el registro español de trasplante cardíaco, el fracaso primario del trasplante fue la causa más frecuente de muerte, seguida de la infección y el rechazo agudo. Toxicidad de la terapia inmunosupresora.

El objetivo de la terapia inmunosupresora es suprimir o controlar la respuesta inmunitaria del receptor al órgano trasplantado, es decir, lograr la tolerabilidad y evitar el rechazo. Durante las últimas tres décadas, se han logrado grandes avances y cada vez hay más fármacos específicos y selectivos disponibles con menos efectos secundarios.

Infección:

Las infecciones son responsables de una proporción significativa de la morbilidad y mortalidad en los pacientes trasplantados. La prevalencia global oscila entre el 30% y el 60%, la mortalidad asociada oscila entre el 4% y el 15% y las infecciones más frecuentes son las bacterianas (43-60%) seguidas de las causadas por virus (40-45%). En menor medida se encuentran las infecciones fúngicas y protozoarias (8-14%). Las bacterias que causan la infección pueden infectar antes, durante o después de un trasplante de corazón, pero la mayoría de las infecciones ocurren dentro de los primeros 3 meses y se localizan principalmente en los pulmones y el tórax. Existen varios factores de riesgo para la infección, tales como: infección del receptor, condición preoperatoria, exposición a nuevas infecciones relacionadas con procedimientos quirúrgicos, patógenos oportunistas, posibilidad de infección de un donante, terapia inmunosupresora. muy importante. También se debe considerar el estado serológico del citomegalovirus (CMV) del donante y del receptor. rechazar:

El rechazo del trasplante es una de las complicaciones más peligrosas de un trasplante. El rechazo se debe a la presencia de diferentes proteínas de persona a persona. Estas proteínas se consideran extrañas y pueden causar la destrucción del injerto. Las proteínas, debido a su ubicación y función fisiológica, tienen más probabilidades de desencadenar una respuesta inmunitaria que las proteínas del sistema HLA (antígeno leucocitario humano). Cuidados de enfermería en el postoperatorio inmediato. El plan de tratamiento para pacientes trasplantados de corazón es similar al plan de tratamiento para pacientes sometidos a circulación extracorpórea (CEC), enfatizando aspectos específicos relacionados con el seguimiento y funcionamiento del injerto, prevenir y controlar infecciones, reconocer y tratar el rechazo, administrar fármacos inmunosupresores. . Al mismo tiempo, la educación para la salud es un aspecto importante de la atención al paciente, ya que afecta la supervivencia y la calidad de vida después del trasplante, así como la atención psicológica. Apoyo psicológico a pacientes y familiares. La atención psicológica es uno de los factores más importantes a considerar para estos pacientes porque, a pesar de los importantes avances en las técnicas quirúrgicas y la inmunosupresión, la enfermedad mental sigue siendo muy importante. Estos son pacientes con enfermedades crónicas, a menudo con un desarrollo a largo plazo, dependiendo del desarrollo, su salud física y mental se ve marcadamente afectada; en el que existen otros factores propios de la intervención quirúrgica, que agravan aún más el cuadro condición alarmante de estos pacientes. Otros factores son: cirugía y anestesia, estancia en la unidad de cuidados intensivos (UCI), aceptación y adaptación a nuevas situaciones, miedo a la

evolución, miedo al dolor, etc. Educación para la salud de los pacientes después del trasplante. La educación para la salud de los pacientes trasplantados debe comenzar tan pronto como el equipo médico prescriba el tratamiento. El objetivo es informar y educar a los pacientes y sus familias sobre habilidades de autocuidado para mejorar la calidad de vida de los pacientes y lograr una mejor adherencia. La clave de la educación para la salud es saber en qué medida el paciente ha absorbido los conocimientos que se le han dado. Se centra en los siguientes aspectos:

- Conocimiento del tratamiento.
- Normas sanitarias.
- Detección precoz de posibles complicaciones.
- Dieta recomendada.
- Modificar hábitos de vida.

5 Discusión-Conclusión

Ahora, el trasplante de corazón después de más de 30 años de experiencia ha demostrado su eficacia, es un método de tratamiento de la enfermedad crónica, es decir, la insuficiencia cardíaca. Muchos profesionales están involucrados en este tratamiento como enfermeras. Su papel en este proceso es crucial, tanto para identificar riesgos, ayudar y empoderar a pacientes y familiares, como brindar una buena atención durante el postoperatorio inmediato, la fase de evaluación marca el progreso del proceso de recuperación. Aunque la investigación hasta la fecha ha sido fructífera, se necesita más investigación y desarrollo de nuevas estrategias para brindar más opciones a los pacientes con insuficiencia cardíaca terminal.

6 Bibliografía

1. Casado Dones MJ. Recomendaciones nutricionales para el paciente trasplantado de corazón. *Enferm Cardiol* 2005; 34:22-4.
2. Solís M, Casado MJ, Iza A, Barragán A, González T. Trasplante Cardíaco. Programa educativo. Madrid. Editorial Complutense. 2004.
3. Torregrosa Prats V. La inmunosupresión en el trasplante. Fármacos inmunosupresores. En Andreu Pérez L, Force Sanmartín E. *La Enfermería y el trasplante de órganos*. Madrid Editorial Panamericana. 2004. Pp 53-66.
4. Wade RC, Reith KK, Hoffman Sikora J, Augustine SM. Postoperative Nursing care of the cardiac transplant recipient. *Crit Care Nurs Q*. 2004;27 (1): 17-28

Capítulo 29

ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES CON LOS BEBÉS QUE NACEN DE MADRES CON PROBLEMAS DE DROGAS

MARÍA CAMACHO SÁNCHEZ

CECILIA HERNANDO MARÍN

PATRICIA FERNÁNDEZ DEL HOYO

TANIA CARRION

MARINA HERNANDO MARÍN

1 Introducción

El síndrome de abstinencia neonatal (SNA) se puede definir como el conjunto de signos y síntomas que el recién nacido experimenta una vez se produce el nacimiento, al haber estado expuesto a sustancias tóxicas, consumidas por la madre, durante su desarrollo intrauterino.

Dicho síndrome es producido debido a que las sustancias consumidas son capaces de atravesar la barrera placentaria llegando al bebé y haciendo que tanto la madre como el bebé se vuelvan dependientes de la droga.

Las sustancias tóxicas adictivas que con mayor cantidad y frecuencia se consumen son cafeína (40%), tabaco (13,6%), alcohol (3,5%) y, un 32,6% consumen marihuana, cocaína, anfetaminas (éxtasis, MDMA), benzodiacepinas, opiáceos (heroína, metadona, morfina), barbitúricos, antidepresivos, codeína y oxicodona.

En España se cree que el 50,4% de las mujeres embarazadas ha consumido alguna sustancia tóxica durante el embarazo y, el 50% de ellas han consumido la combinación de varias de esas sustancias anteriormente mencionadas. De ese porcentaje, el 60 – 70% de los recién nacidos tendrá síndrome de abstinencia en los primeros días de vida y, en torno al 40% de ellos padecerán problemas de salud a lo largo de su vida si entre las sustancias consumidas se encuentran nicotina, anfetaminas, cocaína, marihuana o alcohol.

2 Objetivos

El objetivo principal de dicha revisión bibliográfica irá encaminado a conocer y manejar los cuidados de enfermería que se deben llevar a cabo para detectar, controlar y tratar el síndrome de abstinencia que el bebé con madre consumidora de sustancias tóxicas pueda llegar a tener, una vez se haya producido el alumbramiento.

3 Metodología

La obtención de información y realización de la presente revisión sistemática se ha llevado a cabo mediante bibliografía de los últimos 5 años, comprendiendo desde el año 2018 a 2023, encontrada a través de terminología trasladada al lenguaje controlado Tesauro, mediante descriptores de ciencias de la salud tales como MeSH y DeCS, en las distintas bases de datos mencionadas posteriormente, y con la utilización de operadores booleanos (AND, OR y NOT).

Entre las bases de datos consultadas se encuentran PubMed/Medline, Elsevier, Scielo, biblioteca virtual en salud (BVS), Dialnet y Cochrane, así como metabuscadores tal que Google académico. También se han consultado páginas oficiales como la Sociedad Española de Neonatología (SeNeo), la Asociación Española de Pediatría (AEP) o la Sociedad Española de Enfermería Neonatal (SEEN).

Asimismo, se ha considerado que los artículos estuvieran en texto completo e idiomas del español o inglés, y que la muestra englobara a niños con edades comprendidas entre 0 días y 1 mes, así como niños nacidos con menos de 25 semanas hasta 37 semanas.

Entre las palabras claves utilizadas en la búsqueda de información se encuentran: “Síndrome de Abstinencia Neonatal”, “Enfermedades del Prematuro”, “Atención de Enfermería”, “Enfermera”, “Recién Nacido Prematuro”.

4 Resultados

El síndrome de abstinencia no tiene un patrón fijo de presentación, si no, que el inicio dependerá de la cantidad y el tipo de droga consumida por la madre y, en la semana de embarazo que comenzó y finalizó el consumo. Así, se puede observar el inicio entre las 4 – 24 horas del nacimiento para opiáceos llegando hasta los 8 – 14 días post nacimiento, aunque lo habitual es realizar control de síntomas las primeras 48 – 72 horas.

Para reconocer los signos y síntomas de alarma del síndrome de abstinencia, primeramente, se deberá conocer que sustancia ha estado consumiendo la madre, ya que estos van a depender de dicha sustancia. Aunque hay síntomas comunes para todas las drogas como son hipoglucemia, hipomagnesemia, sepsis, irritabilidad, temblores, nerviosismo, insomnio, febrícula o fiebre, diarrea y vómitos, se deberán distinguir los específicos de cada droga, así, con el consumo de opiáceos, además, se pueden ver hiperreflexia, clonus, hipertonía, bostezos, estornudos, llanto agudo, reflejo de Moro exagerado; taquicardia, hipertensión arterial, taquipnea, sudoración, distrés respiratorio crónico, rinorrea, lagrimeo, midriasis; intolerancia digestiva. Si se consume benzodiacepinas también se observarán movimientos anormales, convulsiones, sudoración, temblores y/o llanto inconsolable. Con el consumo de cocaína y anfetaminas conjuntamente se observará llanto estridente, succión excesiva, hiperreflexia, malformaciones, hemorragias, infartos intracraneales e intestinales, atresia, reducción de los miembros, anomalías cardíacas y renales y, muerte súbita. Si se ha consumido marihuana además se observará sobresaltos, hiperreflexia, alteraciones del sueño, baja motilidad y menor respuesta a estímulos lumínicos.

Entre los cuidados de enfermería se encuentran el paliar dicha sintomatología y proporcionar el mayor confort al niño hasta que desaparezca toda la droga de su organismo. Para la adecuada valoración del grado de abstinencia presente en el bebé se realiza la escala modificada de Finnegan, dónde se puntuará la presencia o no de los signos descritos en dicha escala. Si la puntuación es > de 8 signos, se deberá iniciar el tratamiento adecuado.

Una vez realizada la escala, se mantendrá al bebé en la incubadora manipulándolo lo menos posible, aislándolo de la luz y los ruidos, así como, se calmará el llanto excesivo e irritabilidad mediante el uso de chupete o inmovilización con toallas. Dichos métodos se irán retirando al observar la mejoría de los síntomas.

La alimentación se deberá iniciar una vez desaparezcan los vómitos, realizando tomas pequeñas y con mayor frecuencia. Estará contraindicada la lactancia materna para evitar el traspaso de una mayor cantidad de sustancias tóxicas o posi73

bles enfermedades de transmisión sexual al recién nacido.

Con respecto al tratamiento farmacológico que será pautado por el neonatólogo, será diferente según la sustancia tóxica consumida, aunque, generalmente se administrará 20mg/kg de fenobarbital IM seguido de 6-12mg/kg/día VO de mantenimiento c/8h. Si además la madre es HB Ag+, se administrará 0,5ml de gamma-globulina anti-hepatitis B y vacuna anti-hepatitis B con 5µg antes de las 12 horas de vida, repitiéndose al mes o a los 2 meses y a los 6 meses.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de abstinencia debe ser inicialmente manejado por las matronas y ginecólogas que atienden y detectan a dichas madres toxicómanas, inculcando y haciendo ver los efectos secundarios que se producirán por el consumo de sustancias tóxicas como puede ser retraso del crecimiento intrauterino, desprendimiento de placenta, prematuridad, hipertensión y taquicardia materno/fetal, malformaciones, contagio de enfermedades como VIH, VHC VHB, pudiendo todo ello llevar a la muerte prematura del bebé.

Con respecto a la actitud a llevar a cabo en la Unidad de Neonatología, se deberá manejar cada caso individualmente, y, tener en cuenta tanto los comentarios de las matronas y ginecólogas, como la de los Servicios Sociales, ya que según la trayectoria de la madre y la sustancia tóxica consumida/tiempo de consumo, el bebé puede ser dado de alta de neonatos e irse con la madre o, puede terminar con la custodia en los Servicios Sociales.

Por último, hoy día no existe un protocolo de actuación común a llevar a cabo del manejo del síndrome de abstinencia del neonato, por lo que resultaría de interés realizar un seguimiento del mejor manejo de dichas situaciones y dejarlo reflejado para que en todos los servicios de neonatología resuelvan estos problemas de salud al unísono diferenciando claramente la actitud a adoptar según el tipo de droga o enfermedad de transmisión sexual a la que se enfrenten en cada caso particular.

6 Bibliografía

1. Fernández Carrión F, Pérez A. Síndrome de abstinencia en la UCIP. [Internet] Protoc diagn ter pediatr. [citado el 13 de abril de 2023]. 2020;3:3-15. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/01_sindrome_ucip.pdf
2. Mur MA, Lopez-Vilchez A, Paya A. Abuso de tóxicos y gestación [Internet]. AEP [citado el 13 de abril de 2023]. Disponible en: <https://seneo.es/images/site/>

publicaciones/protocolos/17.pdf

3. Marangoni SR, Gavioli A, Días LE, Oliveira MLF de. Consumo de drogas de abuso durante el embarazo analizado mediante el método de detección oportunista. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2022 [día 14 de abril de 2023];27. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/Yt686KWGPP8DWC4Y8yWY5Bb/?format=pdf&lang=es::text=Un%20estudio%20realizado%20con%20mujeres,nocivas%20durante%20el%20per%20C3%ADodo%20prenatal>.
4. Zapata Diaz JP, Rendón Fonnegra J, Berrouet MC. Síndrome de abstinencia neonatal. *Pediatría* [Internet]. 2017 [citado el 15 de abril de 2023];50(2). Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007313.htm>
5. Metadona. Comité de Medicamentos de la Asociación Española de Pediatría. *Pediamécum.* [Internet]. 2022. [citado el 15 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-medicamentos/pediamecum/metadona>
6. López LI, Herrerías A, Franc FJ. Atención de Enfermería en el síndrome de abstinencia neonatal [Internet]. *Ocronos - Revista Médica y de Enfermería*; 2020 [citado el 17 de abril de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/atencione-de-enfermeria-en-el-sindrome-de-abstinencia-neonatal/>
7. Síndrome de abstinencia neonatal. [Internet] *Stanford Medicine Children's Health* [Internet]. [citado el 20 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=neonatalabstinencesyndrome90-P05496>

Capítulo 30

ENFERMERIA Y LOS PACIENTES CON LA ENCEFALOPATÍA DE SÍNDROME NEUROLÓGICO.

PATRICIA FERNÁNDEZ DEL HOYO

TANIA CARRION

MARINA HERNANDO MARÍN

MARÍA CAMACHO SÁNCHEZ

CECILIA HERNANDO MARÍN

1 Introducción

El síndrome de Wernicke-Korsakoff es un cuadro neurológico que es ocasionado debido a un déficit de la vitamina B1“tiamina”, dando lugar a que no pueda llegar suficiente energía al cerebro. En la mayoría de los casos está asociado a pacientes alcohólicos crónicos, en donde la Encefalopatía de Wernicke corresponde a la fase aguda (en donde aparece con alteraciones oculares y ataxia) y la psicosis de Korsakoff asociado a la crónica (que está manifestada con un déficit de memoria que les incapacita para poder realizar una vida social normal). La encefalopatía de Wernicke causa daño cerebral, principalmente en las partes bajas del cerebro; concretamente en el hipotálamo y en el tálamo; sin embargo, en la psicosis de Korsakoff se basa en el daño continuo a aquellas zonas del cerebro que están directamente relacionadas con la memoria.

Si se lleva a cabo la suspensión del consumo del alcohol, podemos llegar a conseguir prevenir la pérdida de daño a los principales nervios y también a ciertas funciones cerebrales. Los principales síntomas que se pueden empezar a manifestar serían: dificultad para mantener una adecuada coordinación o una marcha estable, atrofia y debilidad muscular; así como hipotensión, taquicardia o pueden verse afectados los reflejos, siendo estos disminuidos anormales.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es describir los aspectos básicos a tener en cuenta en el Síndrome de Wernicke- Korsakoff y sus cuidados por parte de enfermería.

3 Metodología

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

4 Resultados

Con respecto a esta patología se ha demostrado que se puede diagnosticar midiendo los niveles de tiamina en sangre, con tomografía computarizada o con resonancia magnética; ya que se ha visto que tiene una mayor sensibilidad para poder detectar la atrofia en este tipo de patología. Respecto al tratamiento, se ha observado que si el grado de obnubilación es muy elevado puede llegar a desembocar al coma y las principales prioridades a destacar serían: comprobar y mantener la vía aérea permeable, asegurarnos la función ventilatoria y una correcta oxigenación en todo momento; si fuera preciso coger una vía intravenosa. Si se tiene cualquier sospecha de este síndrome administraremos tiamina IV/IM durante 5 días.

Se recomienda la administración conjunta de sulfato de magnesio cuando se diagnostica o sospecha, ya que se han observado casos de fracasos terapéuticos en casos de hipomagnesemia. La vitamina B1 se puede suministrar de diferentes formas, ya sea a través de una inyección intramuscular o de una inyección intravenosa, pero es importante saber que no nos va a ayudar a mejorar la pérdida de

la memoria y de la capacidad intelectual que se ha producido durante la psicosis de Korsakoff

La suspensión del consumo de alcohol puede ayudar a prevenir aquella pérdida adicional de las funciones cerebrales y el daño a los nervios. Es recomendable llevar a cabo una dieta nutritiva y bien equilibrada para poder ayudarnos, pero sin olvidar en ningún momento que esto no es la única solución y no es un sustituto para dejar totalmente el consumo de alcohol o tóxicos. De ahí, destaca la importancia de tener una disciplina y una correcta educación sobre el tema y llevar a cabo una vida controlada.

5 Discusión-Conclusión

Se ha demostrado que la mayoría de las personas afectadas con esta patología coinciden con personas que son frecuentemente bebedoras de alcohol (siendo generalmente la cerveza la principal bebida), ya que a su vez el alcohol dificulta la absorción de tiamina de la dieta. Se destaca la importancia que tiene llevar a cabo un correcto tratamiento que nos pueda asegurar un mayor control de los síntomas y evitar que podamos tener recaídas o un empeoramiento de la enfermedad y seguir unas recomendaciones básicas que garanticen un mayor control de esta patología y tener cierta regularidad para conseguir dicho control sobre ella.

6 Bibliografía

1. MedlinePlus. Síndrome de Korsakoff [Internet]. EE.UU: MedlinePlus 2011 [citado 29 Sep 2015]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000771.htm>.
2. Joseph V, Campellone MD. Síndrome de Wernicke-Korsakoff [Internet]. Estados Unidos: Editorial team; 2014 [actualizado 24 Feb 2014; citado 9 Sep 2015]. Disponible en: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000771.htm>.

Capítulo 31

PREVENCIÓN Y VALORACION DEL PIE DIABÉTICO EN ENFERMERÍA

MARIA DONDARZA DIAZ

FRANCISCO JAVIER MUÑOZ GARCIA

JAVIER PEÑALVER ALVARO

EVA DIEZMA FERNÁNDEZ

1 Introducción

La diabetes mellitus (DM) es una patología caracterizada por niveles elevados de glucemia en sangre secundaria a un defecto en la acción y/o secreción de insulina, esta se acompaña frecuentemente de alteraciones en el metabolismo de proteínas dando lugar a afectación a nivel microvascular y macrovascular, pudiendo afectar a los tejidos. (1)

El pie diabético se puede definir como la alteración clínica de origen neuropático producida por una situación de hiperglucemia mantenida, a la que se añade un proceso de isquemia que con un desencadenante traumático produce una lesión en el pie. (2)

Supone una de las complicaciones crónicas más frecuentes en pacientes con diabetes y por ello constituye un problema de salud pública, ya que lleva asociada una elevada morbilidad y mortalidad. En la actualidad hay diagnosticadas mas de 382 millones de personas con esa enfermedad y se estima que en el año 2035 se alcancen los 592 millones de pacientes. (1)

Es importante considerar la prevención y el control de los factores de riesgo en estos pacientes, la identificación precoz de un pie de alto riesgo y la educación diabetológica adaptada a cada paciente. Por ello la función de la enfermera resulta esencial para lograr prevenir y tratar a tiempo estas lesiones.

2 Objetivos

- Conocer los principales factores de riesgo en el pie diabético.
- Conocer las principales pautas de actuación de enfermería para prevenir estas lesiones.

3 Metodología

En este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica utilizando la base de datos de google académico. Utilizando las palabras clave: "diabetic foot" y "nurse", para enlazar ambos términos se utilizó el operador booleano "AND". Además se han establecido unos criterios de inclusión:

- Fecha de publicación comprendida entre 2013-2023
- Artículos con texto completo y gratuito.
- Artículos cuyos idiomas fueran inglés o español.

4 Resultados

Se han descrito múltiples factores de riesgo que contribuyen a la formación de una lesión en el pie diabético tales como, neuropatía periférica, enfermedad vascular periférica, infecciones, traumas menores, deformidades estructurales, limitación de la movilidad articular, callosidades y niveles de glucemia elevados. (1) La prevención y el control de los factores de riesgo mencionados, la identificación del pie de alto riesgo y la educación diabetológica para enseñar al paciente unas normas higiénicas adecuadas para el cuidado de los pies y el control de los factores de riesgo son esenciales. (1)

Los profesionales de enfermería tienen un papel importante como cuidadores y educadores de los pacientes con diabetes, deben ser capaces de detectar situaciones de riesgo, para ello, se deben realizar revisiones con regularidad e instruir al paciente en el cuidado de los pies con las siguientes recomendaciones: (2)

- Educar al paciente para realizar una revisión diaria de los pies (buscando heridas, sequedad, infección, lesiones interdigitales), preferiblemente se debe realizar

con un espejo para lograr valorar la planta del pie o se debe pedir ayuda a otra persona.

- Fomentar la hidratación de la piel con cremas humectantes.
- Lavado diario de los pies con agua tibia previamente probada con la mano para evitar quemaduras.
- Realizar un correcto secado de los pies (incidir en zonas interdigitales), nunca dejar los pies húmedos.
- En caso de observar lesiones o signos de infección, acudir al centro de salud.
- Uso de zapatos ergonómicos que permitan una postura natural del pie y que sea de la talla adecuada al paciente.
- Nunca caminar descalzos.
- Evitar el consumo de alcohol y tabaco.
- Mantener unos niveles ópticos de glucosa.
- No olvidar los controles de tensión arterial, dislipemias y sobrepeso.

Por parte de enfermería se debe realizar una revisión de forma programada en las consultas de atención primaria. Se recomienda realizarla en 3 pasos:

1. Inspección: de forma visual evaluaremos el pie para identificar deformidades, prominencias óseas, pérdida de masa muscular, dedos en garra o en martillo, lesiones, alteraciones en las uñas, hiperqueratosis, inspección del calzado para identificar roces.
2. Evaluar la neuropatía sensorial, mediante monofilamento (Semmes-Weinstein 5.07) en mínimo 3 puntos (pulpejo del primer dedo y cabezas del primero y quinto metatarsiano en cada pie), la prueba será positiva con la falta de sensibilidad en al menos 1 punto. Y además realizar una de las siguientes pruebas: valoración con diapason 128 Hz, reflejos aquileos o biotensiómetro.
3. Evaluación de la arteriopatía: Valorar el dolor al caminar que pueda indicarnos claudicación y la palpación de los pulsos pedios y tibiales, en caso de ausencia, seleccionar pacientes y realizar ITB.

5 Discusión-Conclusión

Las estrategias educativas encaminadas a la prevención y el control de los factores de riesgo han demostrado prevenir esta complicación y reducir los daños asociados. Para poder ponerlas en práctica se precisa de una formación específica por parte de los profesionales que las llevan a cabo.

Por otro lado, la implicación del propio paciente y sus conocimientos sobre su enfermedad son un factor determinante para evitar las complicaciones. Sin embargo, en muchas ocasiones, debido a la prevalencia de diabetes mellitus en pa-

cientes ancianos y sus dificultades en el autocuidado es complejo el detectar signos precoces, por lo que la anamnesis y la exploración en la consulta de enfermería en estos casos supone la única herramienta para prevenir y detectar precozmente complicaciones.

6 Bibliografía

1. Castro HFÁ. Protocolo de Enfermería para la atención de adulto mayor con diabetes: pie diabético [Internet]. Dialnet. 2018. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6796733>
2. Triana-Ricci R, Martínez-De-Jesús F, Aragón-Carreño MP, Saurral R, Tamayo-Acosta CA, García-Puerta M, et al. Recomendaciones de manejo del paciente con pie diabético. Curso de instrucción. Revista Colombiana de Ortopedia y Traumatología [Internet]. 1 de octubre de 2021;35(4):303-29. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rccot.2021.12.001>
3. Gerhard-Herman M, Gornik HL, Barrett C, Barshes NR, Corriere MA, Drachman DE, et al. 2016 AHA/ACC Guideline on the Management of Patients with Lower Extremity Peripheral Artery Disease: Executive summary: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Circulation [Internet]. 21 de marzo de 2017;135(12). Disponible en: <https://doi.org/10.1161/cir.0000000000000470>

Capítulo 32

EJERCICIO FISICO Y DIABETES TIPO 2.

MARIA DONDARZA DIAZ

FRANCISCO JAVIER MUÑOZ GARCIA

JAVIER PEÑALVER ALVARO

EVA DIEZMA FERNÁNDEZ

1 Introducción

La diabetes mellitus se ha convertido en una de las enfermedades que más amenazan a la salud de las personas. En los últimos años, ha aumentado significativamente el número de personas que la padecen, siendo actualmente la novena causa de muerte en el mundo. Este aumento se debe principalmente al estilo de vida que conlleva un aumento de la obesidad y el sedentarismo en la mayoría de países desarrollados.

La diabetes se ha convertido en una patología que supone un elevado gasto sanitario, ya que requiere de numerosos recursos y tratamientos que conllevan un gran coste. La actividad física se recomienda como la primera estrategia para manejar a pacientes con diagnóstico reciente de diabetes tipo 2 junto con la modificación del hábito dietético. La actividad física supone un componente muy importante en todos los programas de modificación del estilo de vida. El ejercicio, ya sea aeróbico o de resistencia, ha logrado mejorar los niveles de glucosa en estos pacientes. En este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica para conocer los beneficios del ejercicio físico en las personas que padecen diabetes tipo 2 y además conocer cuál es el mejor tipo de actividad física para lograr mejorar los parámetros que se ven alterados en esta patología.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer los beneficios del ejercicio físico en las personas que padecen diabetes tipo 2.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 encuentra un estudio que notifica que se han encontrados beneficios clínicos con la realización de ejercicio físico en personas que padecen diabetes tipo 2. A nivel analítico se encontró una reducción en los valores de HbA1c. El ejercicio físico puede, además de disminuir los parámetros de glucosa, consigue mejorar el perfil lipídico, la tensión arterial y los niveles de proteína C reactiva.

En otro artículo figura una diferenciación entre el ejercicio más vigoroso con el de menor intensidad, ya que se observaron mayores mejoras al aumentar la intensidad del ejercicio físico, se consigue un mayor gasto de energía que consigue revertir la diabetes tipo 2 asociada a obesidad.

En este mismo artículo se expone que el ejercicio vigoroso en adultos con diabetes tipo 2 consigue un mejor resultado en el control glucémico, sin embargo, no se consiguen mejoras en la disminución del peso corporal. Del mismo modo, en este artículo los resultados muestran que los efectos de ejercicio físico son de corta duración y que comienzan a desaparecer a las 48-96 horas tras realizarlo, por lo que se requiere de un programa de ejercicio físico continuo para conseguir beneficios metabólicos duraderos.

El ejercicio de tipo aeróbico ha demostrado reducir los parámetros glucémicos, este tipo de ejercicio debe ser realizado durante 30 minutos al día entre 3-7 días a la semana e incluye ejercicios como trotar, caminar o hacer bicicleta. Este tipo de ejercicio mejora los valores de HbA1c y ayuda en la pérdida de peso.

El entrenamiento de resistencia ha ganado importancia en las últimas décadas, este tipo de ejercicio aumenta la masa del músculo esquelético, actuando este como un depósito para la eliminación posterior de glucosa, por ello ha demostrado ser capaz de mejorar el control glucémico en paciente con diabetes tipo 2. Este tipo de ejercicio incluye ejercicios con pesas, máquinas con pesas, ejercicios con el propio peso o bandas elásticas.

Encontramos también información sobre el entrenamiento en intervalo de alta intensidad (HIIT), este se ha convertido en el programa de ejercicio con mayor auge en los últimos años, se trata de un entrenamiento en series cortas y repetidas con segundo de descanso o recuperación activa. Este tipo de ejercicio ha demostrado aumentar la capacidad oxidativa del músculo esquelético, mejora el control glucémico y la sensibilidad a la insulina, sobre todo en adultos jóvenes con diabetes tipo 2.

Por último y muy en relación con el HIIT encontramos el CrossFit que ha surgido como programa de ejercicio de alta intensidad en los últimos años, los resultados obtenidos con este tipo de entrenamiento han demostrado disminuir la presión arterial, la grasa corporal, el perfil lipídico y aumentar la sensibilidad a la insulina.

5 Discusión-Conclusión

El ejercicio realizado de forma regular es capaz de mejorar la salud a nivel cardiovascular, mejorando el control glucémico, la sensibilidad a la insulina, disminuyendo el perfil lipídico y ayudando a la pérdida de peso.

Tanto el ejercicio aeróbico como el ejercicio de resistencia es capaz de producir mejoras en el control glucémico, aunque se ha visto que a mayor intensidad y volumen de ejercicio físico se logran reducciones más significativas de HbA1c, sin embargo, no hay un claro consenso sobre qué tipo de ejercicio es mejor que otro.

En líneas generales se pueden observar grandes mejoras a nivel cardiovascular al realizar ejercicio físico en personas con diabetes mellitus tipo 2, la orientación sobre qué tipo de ejercicio es más indicado debe valorarse en función de las capacidades de cada paciente con el fin de evitar lesiones y riesgo cardiovascular, aunque en general el riesgo de eventos adversos relacionados con el ejercicio son muy escasos.

6 Bibliografía

1. Kirwan JP, Sacks J, Nieuwoudt S. The essential role of exercise in the management of type 2 diabetes. *Cleve Clin J Med*. 2017 Jul;84(7 Suppl 1):S15-S21. doi: 10.3949/ccjm.84.s1.03. PMID: 28708479; PMCID: PMC5846677.
2. Amanat S, Ghahri S, Dianatinasab A, Fararouei M, Dianatinasab M. Exercise and Type 2 Diabetes. *Adv Exp Med Biol*. 2020;1228:91-105. doi: 10.1007/978-981-15-1792-1_6. PMID: 32342452.

Capítulo 33

LA ENFERMERA COMO ENLACE ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

MARIA DONDARZA DIAZ

FRANCISCO JAVIER MUÑOZ GARCIA

EVA DIEZMA FERNÁNDEZ

JAVIER PEÑALVER ALVARO

1 Introducción

La atención sanitaria en la mayoría de países desarrollados se lleva a cabo a través de tres niveles asistenciales: primario (atención primaria), secundario (atención especializada) y nivel terciario o nivel sociosanitario, aunque en nuestro país la Ley General de Sanidad solo reconoce dos primarios y secundario (atención primaria y especializada). (1)

La atención primaria es la encargada de llevar a cabo todas aquellas funciones encaminadas a resolver los problemas de salud más frecuentes en los usuarios, como pueden ser la promoción y prevención de enfermedades. Este nivel tiene una baja complejidad y una fácil accesibilidad. (1)

Por otro lado, la atención especializada es la encargada de llevar a cabo los métodos diagnósticos y terapéuticos de mayor complejidad y que precisan recursos

tecnológicos mucho más avanzados realizados habitualmente en los hospitales.
(1)

Tradicionalmente, se ha definido cada nivel asistencial de forma independiente, sin embargo, deberíamos plantearnos cuál es el punto de encuentro entre los distintos niveles asistenciales y si una correcta coordinación entre niveles asistenciales sería capaz de ofrecer una mayor calidad en la asistencia de los pacientes.
(1)

En este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica con el fin de poder conocer cuáles son los elementos claves para lograr una coordinación entre los distintos niveles asistenciales y cuál es el papel de la enfermería.

2 Objetivos

- Conocer los puntos clave para la coordinación entre niveles asistenciales.
- Conocer la función de la enfermería para enlazar la atención primaria con la especializada.

3 Metodología

En este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica para conocer cuáles son los puntos clave para establecer una coordinación entre los distintos niveles asistenciales y cuál es el papel que tiene la enfermera.

Para llevarlo a cabo se ha realizado una búsqueda bibliográfica en Google académico utilizando las siguientes palabras clave: “coordinación” “niveles asistenciales” y “enfermería”.

Los criterios de inclusión han sido: artículos cuya fecha de publicación fuese posterior a 2010, artículos gratuitos con texto completo, artículos en inglés y español. Tras leer los resúmenes de varios artículos se acabó escogiendo 3 de ellos para realizar este trabajo.

4 Resultados

La coordinación entre los distintos niveles asistenciales ha sido un problema a lo largo de los años que ha conllevado una mala gestión de los recursos sanitarios, ya que da lugar a la repetición de pruebas y consultas, errores entre profesionales por falta de comunicación.

Al revisar la literatura se ha observado que uno de los puntos esenciales para lograr una correcta coordinación entre niveles asistenciales sería la implicación de los profesionales sanitarios, su compromiso con su trabajo. (1)

Encontramos un estudio que mediante un grupo de trabajo trato de diseñar estrategias para mejorar la coordinación entre niveles, se comenzó pasando una entrevista a los profesionales sanitarios para identificar los aspectos más relevantes para asegurar una correcta coordinación y comenzar a trabajar en ellos. (2)

Algunos de los aspectos que se consideraron más relevantes en el estudio fueron: Reuniones entre profesionales para asegurar una correcta comunicación, trato respetuoso entre profesionales, mejorar la tecnología para facilitar la comunicación entre niveles, clarificar la cartera de servicios en cada nivel, espacio en las agendas para resolver consultas sobre manejo de pacientes, existencia de documentos de consenso sobre el manejo de pacientes. (2)

Encontramos un artículo que trata de conocer las variables relacionadas con la coordinación entre niveles asistenciales, en el Área Sanitaria de Ferrol. Este artículo defiende la importancia de la elaboración de un Informe de Cuidados de Enfermería, sobre todo en aquellos pacientes que precisan atención tras el alta y que se transfieren a otros niveles asistenciales. (3)

De la misma forma, un paciente derivado desde atención primaria hacia atención especializada debe disponer de una hoja de continuidad de cuidados para acudir al servicio de urgencias. (3)

El Informe Cuidados de Enfermería (ICE) es un documento escrito en el que las enfermeras de forma autónoma y utilizando taxonomía enfermería recogen información sobre el estado de salud del paciente para elaborar un plan de cuidados. (3)

El ICE tiene su base en el Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre. Su objetivo es el bienestar del paciente y la mejora de la atención sanitaria que se le proporciona. Este documento es muy útil para llevar a cabo una continuidad de los cuidados entre los distintos niveles y facilita la comunicación entre profesionales. (3)

En este mismo artículo se defiende el papel de la enfermera para proporcionar y asegurar unos cuidados de calidad tanto al paciente como a su familia. (3)

5 Discusión-Conclusión

La coordinación inter niveles supone un gran avance para la mejora de la calidad de cuidados ofertados a los pacientes, la función de enfermería supone un instrumento clave para facilitar la comunicación tras el alta.

El ICE es el instrumento con mayor efectividad para dar continuidad a los cuidados. Realizarlo de forma correcta y entregarlo a cada paciente resulta imprescindible tanto para los pacientes como sus familias.

Este documento refleja el trabajo de enfermería, y pone de manifiesto la autonomía de proporcionar cuidados de la que disponemos, además el paciente tendrá por escrito los cuidados que debe continuar realizando tras el alta.

6 Bibliografía

1. Ética de la coordinación entre niveles asistenciales - Universidad de Zaragoza Repository [Internet]. 2017. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/61843#>.
2. Allepuz, A., Gallardo, C., Perona, M., & Grup de Coordinació entre nivells del Garraf (2012). Coordinación entre niveles asistenciales: ¿qué priorizan los profesionales? [Coordination between levels of care: what are the priorities for the healthcare professionals?]. *Atencion primaria*, 44(9), 568–569. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2012.05.006>.
3. Tizón-Bouza, E., Camiña Martínez, M. D., López Rodríguez, M. J., González-Veiga, A., & Tenreiro Prego, I. (2021). Coordinación interniveles, importancia del informe de continuidad de cuidados enfermería y satisfacción de los pacientes y familiares tras la hospitalización. *Ene*, 15(2).

Capítulo 34

CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES SOMETIDAS A CESÁREA

RUBÉN PLANAS CALLES

MIGUEL ÁNGEL RUEDA MONTIEL

MARTA MOYA GRIFO

OLGA PÉREZ SILES

AINHOA RUIZ MILLAN

1 Introducción

La cesárea es una técnica que consiste en la extracción del feto por vía abdominal y se realiza para preservar la vida y la salud de la madre y/o del feto. Si bien es verdad que existen indicaciones para realizar la cesárea y en algunos casos se puede conocer con antelación que el parto normal por vía vaginal no va a ser posible y por tanto se puede programar, un porcentaje muy elevado de las cesáreas se realizan de manera urgente.

Una de las intervenciones quirúrgicas que se realiza con más frecuencia en las mujeres a nivel mundial es la cesárea, no debe de realizarse de forma rutinaria, sino que debe de estar clínicamente justificada por los riesgos que supone tanto a corto como a largo plazo. La decisión para llevar a cabo una cesárea puede depender del obstetra, las características de este, los partos anteriores, antecedentes médicos de la mujer.

En estos casos es necesaria la actuación rápida y eficaz del personal de Enfermería que debe estar bien entrenado en este tipo de situaciones donde la vida de la madre y el feto corren un grave peligro.

El papel de enfermería juega un papel muy importante y debe tener en cuenta la importancia de realizar una valoración y establecer un plan de cuidados adaptado a la necesidad de cada paciente.

2 Objetivos

Exponer a través de un caso clínico de una paciente con cesárea, una correcta valoración de enfermería acorde a sus necesidades y un plan de cuidados individualizado y adaptado a la paciente.

3 Caso clínico

A continuación se expone el siguiente caso clínico:

Paciente de 32 años de edad que ingresa en planta. Gestación de 41 semanas, acompañada de su marido.

Realizamos entrevista, no presenta alergias. Primer embarazo sin complicaciones.

No toma ningún tipo de medicación en el domicilio. No intervenciones quirúrgicas de interés.

Peso 76Kg, Grupo sanguíneo 0 (+).

Cuando llega a la planta de ginecología y obstetricia presenta las siguientes constantes:

- PA : 134/78 mmHg.

- Pulso: 76 lat/min.

- T^a: 36.2°C.

- FR: 15 resp/min.

Se canaliza vía venosa en MSD para administrar oxitocina y provocar contracciones uterinas.

La paciente refiere estar muy nerviosa.

Al cabo de seis horas valorada por la matrona, cuello uterino casi borrado. Refiere no soportar el dolor.

Se avisa a anestesia para colocar catéter epidural y comenzar con anestesia.

Pasa un rato más tranquila, pero al cabo de una hora vuelve a empezar con dolores. Vuelve a ser valorada por la matrona, presenta ya 7cm de dilatación y el bebe está con FC de 130-140 lpm.

Al momento, la paciente comienza con tiritona, fiebre de 39.7°C. La frecuencia cardíaca del bebé para a 220 lpm . Ante el cambio tan repentino se decide realizar cesárea urgente.

Se coloca sondaje vesical (Foley n°14), se inicia la anestesia general y se realiza cesárea urgente sin complicaciones.

El niño es transportado a la UCI para control y la madre se queda en la zona de reanimación durante unas horas.

A media tarde ambos son dados de alta y vuelven a la planta. Inicia lactancia materna. Refiere encontrarse tranquila, pero algo cansada. Evolución favorable.

Al día siguiente inicia tolerancia sin incidencias, se retira sondaje vesical y sueros. Se extrae analítica de control. Dificultad para ir al baño a hacer de vientre, se pide dieta adecuada.

Se realiza cura de la incisión quirúrgica con buen aspecto.

A los cinco días es dada de alta sin incidencias.

Tras la llegada de la paciente a la unidad después de la cesárea , se realiza una valoración de enfermería por Dominios.

- Dominio 1. Promoción de la salud.

No está siguiendo ningún tratamiento de interés en casa. El embarazo evolucionó sin complicaciones hasta la fecha de parto.

- Dominio 2. Nutrición.

Refiere comer de todo y de manera equilibrada y sana.

- Dominio 3. Eliminación.

Refiere sufrir de estreñimiento en el domicilio de forma habitual.

Llega a planta con sondaje vesical realizado en la sala de partos.

- Dominio 4. Actividad/reposo.

Refiere no tener problemas para conciliar el sueño.

- Dominio 5. Percepción/Cognición.

Dominio no alterado.

- Dominio 6. Autopercepción.

Dominio no alterado.

- Dominio 7. Rol/relaciones.

Acompañada al ingreso de su marido, refiere que su madre también está muy pendiente y que la ayuda siempre que lo necesita.

- Dominio 8. Sexualidad.

Dominio no alterado.

- Dominio 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés.

Refiere estar algo nerviosa después del procedimiento. Pero mas tranquila al llegar a la planta.

- Dominio 10. Principios vitales.

Necesidad no alterada, refiere ser católica, pero no practicante.

- Dominio 11. Seguridad/protección.

Vía venosa periférica canalizada, herida quirúrgica tras cesárea.

- Dominio 12. Confort.

Refiere encontrarse cansada y con algo de dolor pero controlado.

- Dominio 13. Crecimiento-desarrollo.

Dominio no alterado.

Tras realizar la valoración de enfermería, se establece un plan de cuidados individualizado y de acuerdo a las necesidades actuales del paciente, estableciéndose así los siguientes diagnósticos principales:

1. Dolor agudo r/c contracciones uterinas durante la dilatación y herida quirúrgica. M/p: expresiones verbales y no verbales de la paciente de dolor en la zona de intervención.

Objetivos (NOC)

- Control del dolor. 1605.

- Nivel del dolor. 2102.

Intervenciones (NIC).

- Manejo del dolor. 1400.

- Administración de analgésicos. 2210.

- Manejo ambiental: confort. 6482.

- Manejo de la medicación. 2380.

2. Hipertermia r/c anestesia, aumento de la tasa metabólica m/p temperatura superior a 39°C.

Objetivos (NOC).

- Termorregulación. 0800.

- Estado inmune. 0702.

Intervenciones (NIC).

- Cuidados del catéter insertado periféricamente. 4220.

- Vigilancia de la piel. 3590.

3. Deterioro de la integridad cutánea r/c: Intervención quirúrgica realiza. M/p: Incisión de la intervención quirúrgica.

Objetivos (NOC).

- Integridad tisular: piel y membranas mucosas. 1101.

- Curación de la herida: por primera intención. 1102.

Intervenciones (NIC).

- Cuidados del sitio de incisión. 3440.

- Vigilancia de la piel. 3590.

4. Riesgo de infección r/c herida quirúrgica, vía venosa, sondaje vesical, herida de la intervención.

Objetivos (NOC).

- Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

Intervenciones(NIC)

- Cuidados de las heridas. 3660.

- Control de infecciones. 6540.

- Protección contra las infecciones. 6550.

5. Estreñimiento: r/c actividad física insuficiente. M/p: expresiones verbales.

Objetivos (NOC).

- Eliminación Intestinal. 0501.

- Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos. 1008.

Intervenciones (NIC).

- Manejo intestinal. 0430.

- Entrenamiento intestinal. 0440.

4 Discusión-Conclusión

La cesárea es una intervención quirúrgica que se realiza de manera habitual, y enfermería tiene un papel importante en el procedimiento dado que una correcta valoración del paciente una vez que llega a la unidad resulta imprescindible, ya que nos permite una atención individualizada del paciente desde el primer momento en que llega a la unidad.

Esto fomenta un mejor trabajo, facilita la recuperación del paciente y limita su estancia hospitalaria y mejora la comunicación entre los distintos profesionales. Como enfermeros debemos saber reconocer cuáles son esas necesidades, elaborando una valoración y un plan de cuidados, adecuado y oportuno, el cual puede ser modificado y revaluado las veces que sean necesarias.

5 Bibliografía

1. Planes de cuidados y documentación en enfermería. Madrid: Interamericana McGrawHill.
2. Nanda. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación.

Capítulo 35

LA PUBERTAD EN NIÑOS EN LA ACTUALIDAD Y EL PAPEL DE ENFERMERÍA

RUBÉN PLANAS CALLES

MIGUEL ÁNGEL RUEDA MONTIEL

MARTA MOYA GRIFO

OLGA PÉREZ SILES

AINHOA RUIZ MILLAN

1 Introducción

La pubertad es un proceso biológico normal en el cual los niños/as comienzan a desarrollar características secundarias y a alcanzar la capacidad reproductiva. En los niños, esto incluye el crecimiento del pene y los testículos, el desarrollo de vello facial y corporal, y el cambio en la voz. La edad promedio para que comience la pubertad en los niños es alrededor de los 11 años, pero puede variar de 9 a 14 años.

En la actualidad, se ha observado un adelanto en la edad de la pubertad en niños en todo el mundo. Esto se ha atribuido a varios factores, como el sobrepeso y la obesidad, la exposición a ciertos productos químicos a la alimentación y el estrés ambiental. El sobrepeso y la obesidad en particular se han relacionado con un

adelanto en la edad de la pubertad en niños debido a la relación entre la grasa corporal y los niveles de hormonas sexuales.

Otro factor que se ha relacionado con el adelanto de la pubertad en niños es la exposición a ciertos productos químicos, como los disruptores endocrinos. Estos productos químicos pueden imitar o bloquear la acción de las hormonas naturales en el cuerpo, lo que puede afectar el desarrollo sexual.

Además, el estrés ambiental también se ha relacionado con el adelanto de la pubertad en niños. El estrés crónico puede afectar el equilibrio hormonal en el cuerpo y alterar la regulación de las hormonas sexuales.

2 Objetivos

Exponer, como profesionales de la enfermería y de la salud, el adelanto en la edad de aparición de la pubertad en la sociedad actual, así como el papel de enfermería en estos casos.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión de bibliografías sobre la literatura científica existente. Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de artículos, tesis y publicaciones en las principales bases de datos: Google y Google Academy, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Es importante tener en cuenta que el adelanto de la pubertad en niños puede tener consecuencias a largo plazo para su salud física y mental. Por ejemplo, los niños que entran en la pubertad temprana pueden tener un mayor riesgo de desarrollar enfermedades crónicas, como diabetes y enfermedad cardiovascular, así como problemas de salud mental, como depresión y ansiedad.

Algunas de las tareas que pueden llevar a cabo son las siguientes:

Evaluación del paciente: El enfermero puede realizar una evaluación detallada del paciente para determinar el estado de desarrollo sexual y para identificar cualquier signo de pubertad temprana. También puede medir la talla, el peso y la circunferencia de la cintura del paciente para evaluar su estado nutricional.

Educación del paciente y de la familia: El enfermero puede proporcionar información educativa sobre el desarrollo.

Un enfermero que brinda información educativa sobre el desarrollo de la pubertad temprana a las familias puede proporcionar información sobre lo siguiente:

Signos y síntomas de la pubertad temprana: El enfermero puede explicar a las familias los signos y síntomas de la pubertad temprana, como el crecimiento del vello facial y corporal, el cambio en la voz y el desarrollo del pene y los testículos en los niños.

Causas y factores de riesgo: El enfermero puede informar a las familias sobre las posibles causas y factores de riesgo de la pubertad temprana, como el sobrepeso, la obesidad, la exposición a productos químicos y el estrés ambiental.

Consecuencias para la salud: El enfermero puede informar a las familias sobre las posibles consecuencias a largo plazo de la pubertad temprana para la salud física y mental del niño, como el riesgo de enfermedades crónicas y problemas de salud mental.

Manejo y tratamiento: El enfermero puede proporcionar información sobre los tratamientos disponibles para manejar la pubertad temprana, como la terapia hormonal, y puede ayudar a las familias a entender cómo llevar a cabo cambios en el estilo de vida para reducir el riesgo de pubertad temprana, como la promoción de una dieta saludable y la actividad física.

Recursos y apoyo: Finalmente, el enfermero puede proporcionar recursos y apoyo a las familias para ayudarles a manejar la pubertad temprana, como información sobre grupos de apoyo y programas de intervención.

5 Discusión-Conclusión

Sacamos en conclusión y en nuestra opinión la importancia que tiene el trabajo de enfermería al respecto de la citada pubertad temprana, y que en el adelanto de la pubertad en niños es un problema que va en creciente en la actualidad y se ha relacionado con varios y múltiples factores como el sobrepeso, la exposición a los productos químicos y el estrés ambiental. Es importante seguir investigando este tema.

Un enfermo en una consulta sobre pubertad temprana puede realizar varias tareas para ayudar a los pacientes y sus familias a entender y manejar este problema de salud, con la correspondiente resolución de dudas así como de la información a toda la familia para su manejo.

6 Bibliografía

1. "Pubertad temprana en niños: causas y consecuencias" de Mayo Clinic
(<https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/childrens-health/indepth/earlypuberty-in-boys/art-20046107>)
2. "El vínculo entre la obesidad infantil y la pubertad temprana en los niños" de la Academia Estadounidense de Pediatría (<https://www.aap.org/en-us/abouttheaap/aap-press-room/Pages/The-Link-Entre-la-obesidad-infantil-y-la-pubertad-temprana-en-los-niños.aspx>)
3. "Understanding Early Puberty in Boys" del Children's Hospital of Philadelphia
(<https://www.chop.edu/conditions-diseases/early-puberty-boys>

Capítulo 36

PACIENTE CON EL ABDOMEN ABIERTO Y LAS FUNCIONES DE ENFERMERÍA DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

MARTA MOYA GRIFO

OLGA PÉREZ SILES

AINHOA RUIZ MILLAN

RUBÉN PLANAS CALLES

MIGUEL ÁNGEL RUEDA MONTIEL

1 Introducción

La llegada e ingreso de un paciente a la unidad de cuidados intensivos (UCI) con la incidencia de abdomen abierto o apertura abdominal, el cual va a requerir de un enfoque multidisciplinar a la hora de abordar por parte de todos los profesionales de la salud participantes en su cuidado, pero en especial por parte del profesional enfermero, atención de sus necesidades para el logro de la recuperación y resolución, este motivo citado se debe a diversas causas como:

- Trauma abdominal. Un traumatismo grave, como una herida de arma de fuego o un accidente automovilístico, puede causar daño a los órganos abdominales y requerir cirugía de emergencia.

- Cirugía abdominal. Un paciente que ha sido sometido a una cirugía abdominal mayor, como una colecistectomía o una resección intestinal, podría ser ingresado en la UCI después de la cirugía para controlar las complicaciones y monitorizar su recuperación.
- Peritonitis. La inflamación de la membrana que reviste la cavidad abdominal (peritoneo) puede requerir cirugía de emergencia y cuidados intensivos.
- Infección abdominal. Una infección grave en los órganos abdominales, como una apendicitis o una diverticulitis, puede requerir cirugía y cuidados intensivos.
- Otras causas. Otros problemas médicos como obstrucción intestinal o hernia abdominal pueden ser tratadas con cirugía y cuidados intensivos.

2 Objetivos

Exponer y dar a conocer el trabajo que se efectúa en las unidades de cuidados intensivos ante un paciente que ingresa con abertura abdominal por parte de enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha efectuado 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 manejo de un paciente con apertura permanente abdominal en una Unidad de Cuidados Intensivos requiere un enfoque multidisciplinario y cuidados especializados. Algunas medidas generales incluyen:

Monitorización estrecha de la función vital y signos de infección o peritonitis.

Cuidados del sitio de la herida, incluyendo limpieza diaria y cambios de curas, y control de drenajes.

Nutrición adecuada y suplementación con líquidos, electrolitos y proteínas para prevenir malnutrición y complicaciones relacionadas.

Prevención y tratamiento temprano de infecciones, incluyendo la administración de los correspondientes fármacos antibióticos.

Hay varias razones por las cuales un paciente podría ser ingresado en una unidad de cuidados intensivos con una apertura abdominal.

El manejo y control de los drenajes de la apertura abdominal en un paciente en una unidad de cuidados intensivos son responsabilidades clave del enfermero.

Algunas medidas específicas que el enfermo puede implementar incluyen:

Control de los drenajes: el enfermero debe verificar periódicamente los drenajes y registrar la cantidad de líquido drenado, el color y el olor. El enfermo debe asegurarse de que los drenajes estén colocados correctamente y que no haya obstrucciones o fugas.

Hay varios tipos de drenajes que pueden ser utilizados en un paciente con una apertura abdominal en una unidad de cuidados intensivos, pero los más comunes son:

Drenajes de succión. Estos drenajes están conectados a una bomba de succión que mantiene una presión negativa en el área de la herida para ayudar a drenar el líquido y los tejidos necróticos.

Drenajes de gravitación. Estos drenajes están colocados en el área de la herida y dependen de la gravedad para drenar el líquido. Estos son menos invasivos.

Cura de la herida. El enfermo debe realizar curas diarias de la herida, limpiando cuidadosamente el área y cambiando las curas si es necesario. El enfermero debe estar alerta para cualquier signo de infección o daño a los tejidos.

Control de la inflamación. El enfermero debe colaborar con el equipo médico para controlar la inflamación y el dolor, a menudo mediante el uso de analgésicos y antiinflamatorios.

Monitorización de signos vitales. El enfermero debe monitorear periódicamente los signos vitales del paciente, como la frecuencia cardíaca, la temperatura, la cual destacaremos que es muy importante en este tipo de situaciones debido al control de que, si existiera temperatura elevada, podríamos estar ante una infección debido a la herida abierta, la frecuencia respiratoria y la presión arterial, y registrar cualquier cambio significativo.

5 Discusión-Conclusión

De la exposición y estudio de las necesidades de un paciente con las características expuestas, los cuidados en la prevención de infecciones son fundamentales en el manejo de un paciente con una apertura abdominal en una unidad de cuidados intensivos, algunas de las medidas expuestas anteriormente debemos destacar de

ellas que son un clave para prevenir las contaminaciones que conlleva el proceso de manipulación, curación y/o posteriormente cierre en quirófano de la citada abertura abdominal que incluye en los cometidos enfermeros el control constante de los drenajes y las medidas pautadas al respecto de las curas cuidados o atenciones establecidas tanto por el personal de enfermería como por la parte médica.

6 Bibliografía

1. Montejo González J. C., Estébanez Montiel B.. Complicaciones gastrointestinales en el paciente crítico. Nutr. Hosp. [Internet]. 2007 Mayo [citado 2023 Ene13]; 22(Suppl 2): 56-62. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112007000500008&lng=es.
2. Sánchez Arias Mario. Abdomen abierto. Acta méd. Costarricense [Internet]. junio de 2000 [citado el 13 de enero de 2023]; 42(2): 76-80.
3. Brock WB, Barker DE, vagabundos RP. Cierre temporal de heridas abdominales abiertas. Ann Surg 1995; 61 (1): 30-35.4. Hau T, Biología y tratamiento de la peritonitis. J Am Coll Surg. 1998; 186 (4):475-484.
5. Wittman DH. Métodos más nuevos de terapia quirúrgica para la peritonitis. En Nyhus. LM Maestría en Cirugía. Boston MA Little Brown and Co: 1996.
6. Wittman DH. Tratamiento quirúrgico y no quirúrgico de las infecciones intraabdominales. Infección 1998; 26 (5): 335-341.
7. Ivatyry RR, Diebel L, Parter J, Simon R. Hipertensión intraabdominal. Clínica Quirúrgica de NA 1997; 77 (4): 783-800.

Capítulo 37

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN

ELENA MOROTE CUMPLIDO

ANA ISABEL ALMENA FRANCO

MARÍA DEL CARMEN CÁMARA SEVILLA

MARÍA GEMA ORTIZ CAÑAMARES

M. PILAR NOVALBOS GOMEZ

1 Introducción

La enfermedad de Crohn es una patología inflamatoria de causa desconocida y de tipo crónico y autoinmune del tubo digestivo que evoluciona de modo recurrente y periodos con brotes.

De sus principales síntomas destacan el dolor abdominal, diarreas, fiebre, pérdida de peso y hemorragia rectal.

El Crohn puede afectar a cualquier parte del tubo digestivo, desde la boca hasta el ano. La localización más frecuente es el íleon terminal (porción más distal del intestino delgado).

Los síntomas y posibles complicaciones de la Enfermedad de Crohn difieren según la parte del tracto gastrointestinal que esté afectada. De acuerdo a este criterio, existen cinco tipos:

- Enfermedad de Crohn gastroduodenal: afecta al estómago y al duodeno (la primera parte del intestino delgado).
- Yeyunoleítis: produce áreas irregulares de inflamación en el yeyuno (la mitad superior del intestino delgado).
- Ileítis: afecta al íleon (la última sección del intestino delgado).
- Ileocolitis: es la forma más común de la enfermedad de Crohn y afecta al colon y al íleon.

Puede presentar manifestaciones fuera del aparato digestivo como en articulaciones, piel, hígado y ojos.

Lo más común es que se presente en gente joven (2ª-3ª década de la vida) aunque puede manifestarse a cualquier edad.

Existen unos factores que predisponen a padecer la enfermedad, los genes y antecedentes familiares, así como el tabaquismo y los factores ambientales constituyen un riesgo mayor a padecerla.

Los principales síntomas de la enfermedad de Crohn son dolor abdominal (zona del vientre) con cólicos, fiebre, fatiga, falta de apetito y pérdida de peso, sensación de que necesita defecar, aun cuando sus intestinos ya estén vacíos. Puede implicar esfuerzo, dolor y cólico, diarrea acuosa, la cual puede tener sangre.

Un examen físico puede revelar una masa o sensibilidad en el abdomen, erupción cutánea, articulaciones inflamadas o úlceras bucales. También se puede realizar un cultivo de heces para buscar otras causas posibles de los síntomas.

Existen una serie de consejos para manejar la enfermedad de Crohn en casa. Aquí la dieta y una buena alimentación constituye un aspecto importante, ya que algunos alimentos serán beneficiosos para nuestra recuperación y otros pueden empeorar considerablemente la enfermedad.

Algunas veces será necesario el uso de medicamentos para controlar la enfermedad, incluso puede necesitarse cirugía si afectación en alguna parte del intestino.

No existe cura para la enfermedad de Crohn. La afección se caracteriza por períodos de mejoramiento seguidos de reagudización de los síntomas. La enfermedad de Crohn no se puede curar, incluso con cirugía. Pero el tratamiento quirúrgico le puede ofrecer gran ayuda.

2 Objetivos

- Establecer diferentes intervenciones de enfermería para influir de la mejor manera posible en la calidad de vida de los pacientes.

- Definir qué tipo de apoyo puede ser el adecuado para cada tipo de paciente según el nivel de afectación.

3 Metodología

Para realizar esta revisión bibliográfica se han utilizado diversos artículos de interés relacionado con el tema. Se han incluido aquellos más recientes y actualizados, artículos en inglés y castellanos, que hablan de pacientes con enfermedad de Crohn y artículo de publicación libre a los que se pueda acceder.

Se excluyen temas antiguos y obsoletos, que estuvieran en otro idioma que no fueran inglés y español. Aquellos que no estuvieran completos o no me dejara acceder a toda la información también fueron excluidos.

He utilizado bases de datos como Pubmed, Scielo, CUIDEN PLUS y Medline Plus que me parecen las más interesantes y donde encuentro información clara y precisa.

Las palabras claves utilizadas son:

- Enfermedad de Crohn
- Enfermedad inflamatoria
- Atención enfermería a pacientes con enfermedad de Crohn
- Cuidados de enfermería
- Educación sanitaria
- Tratamientos actualización para el Crohn

4 Resultados

El Crohn es una enfermedad inflamatoria de causa desconocida y que pueden aparecer a cualquier edad. Puede afectar a cualquier parte del aparato digestivo y provocar diversos síntomas que afectan a la calidad de vida de los pacientes que la padecen.

Aunque esta enfermedad no tiene cura, existen consejos y tratamientos para ayudar a los pacientes a mantener el día a día con la lucha de esta patología.

Para el diagnóstico de la enfermedad se realizan una serie de pruebas que nos ayudaran a ver el estadio de la enfermedad y a qué nivel del intestino se encuentra. Para esto es probable que se realicen colonoscopia, Resonancia Magnética (RM), entre otras.

Una analítica de sangre también puede verse afectada alterando la PCR, la albúmina, conteo sanguíneo o la calprotectina en heces.

Para manejar la enfermedad, empezaremos hablando de algunos consejos que podemos utilizar en casa.

Dieta y hábitos alimentarios:

Se recomienda consumir una alimentación sana y equilibrada, incluyendo suficientes calorías, proteínas y nutrientes de gran variedad.

No se ha demostrado que alguna dieta específica mejore o empeore los síntomas de la enfermedad de Crohn. Los tipos de problemas relacionados con alimentos pueden variar de una persona a otra.

Algunos alimentos pueden empeorar la diarrea y los gases. Para ayudar a aliviar los síntomas, trate de:

- Comer cantidades pequeñas de alimento a lo largo del día.
- Beber mucha agua
- Evitar los alimentos ricos en fibra
- Evitar los alimentos grasos, grasosos o fritos y las salsas
- Reducir los productos lácteos si tiene problemas para digerir las grasas de los lácteos.
- Evitar alimentos que le causan gases
- Evitar alimentos picantes.

Es posible que el médico recomiende tomar suplementos de hierro, calcio, vitamina B12 o incluso vitamina D.

El estrés es otra de las causas para que la enfermedad se mantenga activa. Los pacientes con Crohn se sienten preocupados y avergonzados por su enfermedad. La incertidumbre de no saber cuándo volverá el siguiente brote. Eso les perjudica en su vida familiar, social y familiar hasta el punto de que ese mismo estrés continuo hace que la enfermedad prosiga y no les ayude a mejorar.

Medicamentos

Se pueden tomar medicamentos para controlar la diarrea, como la loperamida así como suplementos de fibra o paracetamol para controlar el dolor.

Otros medicamentos que ayudan a controlar la enfermedad de Crohn son los aminosalicilatos que se utilizan para controlar los síntomas más leves y moderados. Cuando estos son más graves, los corticoides ayudan sobre todo a bajar la inflamación. Si estos tuvieran que ser utilizados de manera muy prolongada, se podrían sustituir por inmunosupresores como la azatioprina.

Hoy en día la terapia biológica es muy efectiva cuando se trata de un Crohn no controlado que no responde a ningún otro tratamiento.

En algunos casos la enfermedad puede dañar algunas partes del intestino grueso y se necesita recurrir a la cirugía para extirpar esa parte afectada. Así, con esta medida se resolverían problemas como el sangrado, las fistulas o las infecciones.

Como en muchas enfermedades autoinmunes, el Crohn puede tener algunas complicaciones importantes.

Las personas con enfermedad de Crohn más grave pueden tener estos problemas:

- Absceso o infección en los intestinos
- Anemia, una falta de glóbulos rojos
- Obstrucción intestinal
- Fístulas en la vejiga, la piel o la vagina
- Crecimiento y desarrollo sexual lento en niños
- Hinchazón de las articulaciones
- Falta de nutrientes importantes, tales como vitamina B12 y hierro
- Problemas para mantener un peso saludable
- Hinchazón de los conductos biliares (colangitis esclerosante primaria)
- Lesiones cutáneas, como pioderma gangrenoso.

Es importante acudir al médico si el paciente tuviera síntomas como fuerte dolor abdominal, fiebre, diarrea no controlada, sangrado rectal, náuseas o vómitos de más de 24 horas de duración o pérdida de peso sin ningún motivo.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos dicho en los apartados anteriores, la enfermedad de Crohn no tiene cura y se caracteriza por períodos de mejoramiento seguidos de reagudización de los síntomas. Podemos ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes que la padecen, promocionando la salud con la modificación, estilos de vida y cambios nutricionales, eliminando así factores de riesgo que puedan producir los brotes repetidos de la enfermedad.

También se puede intentar resolver los signos y síntomas de la enfermedad, proporcionando apoyo físico, psíquico y emocional al paciente y a su familia con técnicas de afrontamiento.

Estas intervenciones son de fácil aplicabilidad en la práctica clínica, además, son transversales, es decir, que pueden ser aplicadas tanto por las enfermeras que trabajan en el ámbito hospitalario como por las que lo hacen en atención primaria. Como enfermeras debemos enseñar al paciente a conocer su enfermedad, a conocer los signos y síntomas que pueden presentar y los riesgos que pueden tener si existen complicaciones.

Es importante que aprendan a tener una vida sana, que realicen deporte siempre que se pueda y que se mentalicen, que una alimentación adecuada puede influir mucho en su enfermedad.

En las consultas de enfermería podemos enseñar a convivir con la patología. En aquellos pacientes que hayan pasado por cirugía y a los cuales se les haya practicado una ileostomía, les enseñaremos todos los cuidados que tienen que llevar a cabo. La limpieza y las curas y los cambios de bolsa. Debemos entender que para estos pacientes tiene que ser duro tener algo nuevo en su abdomen y que pueden provocar en ellos ansiedad y miedo e incluso vergüenza. Por eso, en la consulta de enfermería les ayudaremos y enseñaremos a cómo tratarla y como puede llevarla de la manera más disimula para que su vida sea lo más posible. Existen grupos de apoyo para los pacientes con enfermedad de Crohn y sus familias. Aquí los pacientes exponen sus miedos y sus experiencias y es algo que viene muy bien, ya que se escuchan todas las clases de problemas y se ayudan a resolver todas las dudas.

6 Bibliografía

1. Perez M. Plan de cuidados individualizado en un paciente con enfermedad de Crohn. *Enfermería en gastroenterología y hepatología (egeh)*. 2013; 13; 15-39.
2. Veitia G, Pernalet B, La Cruz M, Aldana G, Cachima L, Istúriz R, et al. Percepción de Calidad de Vida Determinada por Cuestionario Ibdq-32, en Pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal. *Gen [Internet]*. 2012 Sep; 66(3): 155-159.
3. Kaplan GG, Ng SC. Epidemiology, pathogenesis, and diagnosis of inflammatory bowel diseases. In: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, eds. *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*. 11th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2021:chap 115.

Capítulo 38

CONSULTA DE ENFERMERÍA: CÓLICO DEL LACTANTE

ELENA MOROTE CUMPLIDO

ANA ISABEL ALMENA FRANCO

MARÍA DEL CARMEN CÁMARA SEVILLA

MARÍA GEMA ORTIZ CAÑAMARES

M. PILAR NOVALBOS GOMEZ

1 Introducción

El cólico del lactante es un episodio de llanto de inicio súbito, con rigidez del tronco o de extremidades, de predominio por la tarde-noche e inconsolable, es decir, que, aun cogiendo al niño en brazos, no se calma, no se consuela.

Existen múltiples factores asociados, aunque todos ellos son muy variables: se habla de cierta inmadurez intestinal hasta los 4 meses que hace que las digestiones sean pesadas y generen más gas.

Los cólicos son una condición en la que un bebé sano llora durante más de tres horas al día, más de tres días a la semana, durante tres o más semanas.

Se han estudiado algunas posibles causas del cólico, pero más bien se trata de un síndrome que incluye un grupo de alteraciones. Solo una minoría de dichas alteraciones reflejan un problema específico del aparato digestivo.

Prestaremos atención a los síntomas siguientes:

- Llanto inconsolable.

- Gritos.
- Extender o levantar las piernas hacia la barriga.
- Gases.
- Estómago hinchado o distendido.
- Espalda arqueada.
- Puños cerrados.
- Cara enrojecida después de un largo episodio de llanto.

Se han propuesto varios que favorecerían la aparición de cólico del lactante, pero con escasas pruebas de su validez. La intolerancia a la proteína de leche de vaca, a la lactosa o los azúcares. Inmadurez intestinal o la Microflora fecal también podrían influir.

Entre los factores biológicos, las técnicas de alimentación, la desregulación de la actividad motora intestinal y el aumento de serotonina serían factores importantes a tener en cuenta que podrían causar los malestares del bebé.

Si hablamos de factores psicosociales, se considera que el comportamiento del niño puede predisponer al cólico. Del mismo modo, los niños más tranquilos que se desarrollan en un entorno saludable tendrían un efecto protector para el cólico. En el sentido contrario, la hipersensibilidad de la respuesta del niño al dolor y ante los estímulos externos, el estrés familiar, la depresión postparto y las alteraciones en la dinámica familiar potenciarían el cólico del lactante.

2 Objetivos

- Identificar cuáles son las mejores alternativas para el manejo del cólico del lactante
- Conocer la importancia del cólico del lactante en nuestra sociedad, así como las principales características que lo definen.
- Aprender los cuidados más eficaces, apoyándonos en la evidencia científica actualizada, para el tratamiento del cólico del lactante.

3 Metodología

Para esta revisión bibliográfica se ha seguido una búsqueda activa y enfocada a analizar el impacto del cólico del lactante y sus cuidados.

Para elaborar esta revisión se ha recurrido a las bases de datos Pubmed, Cochrane, Scientific Electronic Library Online (Scielo), Biblioteca de la universidad de Valladolid (BuVa) y Dialnet, en los idiomas inglés y español. Google académico y otras web oficial también fueron exploradas.

Se utilizaron palabras clave como: “cólico en lactantes”, Tratamiento en el cólico del lactante”, “Técnicas de relajación”, “Tratamiento farmacológico”, “cólico del lactante en la actualidad”.

Incluyo artículos en español y en inglés y descarto en el resto de idiomas.

De los 50 artículos revisados selecciono 23 para la realización de este trabajo.

4 Resultados

El cólico del lactante es de etiología multifactorial. Las opciones de tratamiento incluyen fórmulas lácteas a base de proteínas extensamente hidrolizadas, fórmulas lácteas sin lactosa o a base de proteínas de soja o lactancia materna.

Se estima que entre el 16% y 26% de todos los recién nacidos experimentan un cólico.

Las causas de los cólicos del lactante no se conocen bien. Diferentes estudios han propuesto diversas causas que podrían resumirse en factores psicológicos y sociales, hipersensibilidad del bebe ante determinados estímulos, inmadurez del aparato digestivo de los bebés, dificultad para expulsar los gases, alteraciones en la flora bacteriana intestinal o la presencia de estreñimiento.

De modo más extenso, las posibles causas que se han propuesto, se pueden clasificar en Causas gastrointestinales, psicológicas, dietéticas o de inmadurez neurológica. Será cuestión de tratar cada una de ellas por separado. Intentando identificar cuál es la causa más probable, descubriremos cuál es mejor remedio.

Observaremos, para el diagnóstico, una exploración normal frente a un llanto desconsolado. Debemos considerar antes de diagnosticar un cólico del lactante otras enfermedades, como puede ser el reflujo gastroesofágico, ya que puede presentarse con llanto aumentado.

Encontramos distintos tratamientos para resolver en la medida lo posible o por lo menos calmar los síntomas del cólico del bebe.

Tratamientos farmacológicos: no hay demasiados estudios que aseguren un beneficio, aunque se utilizan algunos preparados anticólicos que pueden reducir el malestar.

Cambios dietéticos: sobre todo en la madre que amamanta.

Preparados fitoterápicos: infusiones de manzanilla, melisa, hinojo, ect.

Las medidas como coger al niño, calmarle, acariciarle y masajearle han demostrado mayor eficacia de tratamiento.

Existen también diferentes técnicas en fisioterapia que ayudan a paliar el cólico en el bebe. Valoración y tratamiento a nivel corporal es muy importante. Se real-

izan técnicas para liberar el diafragma y los puntos digestivos clave para favorecer la expulsión de los gases o evitar el reflujo.

De este modo, se pueden recomendar algunas medidas para favorecer el control del malestar. Cambios posturales, porteo ergonómico, cojines de lactancia, baño por la mañana, calor seco local y favorecer un ambiente tranquilo son algunas de ellas.

5 Discusión-Conclusión

Son numerosas las alternativas que existen para el tratamiento del cólico en el lactante, desde las farmacológicas a las técnicas de relajación.

Cada vez existen más evidencia científica a cerca de este tema y podemos encontrar numerosos artículos sobre cómo ayudar a las madres de bebés lactantes a calmarles ese malestar que sufren y que les genera llanto y dolor.

Uno de los hallazgos más importantes encontrados en los estudios consultados, es como prácticamente todas las técnicas utilizadas en los grupos experimentales ofrecen mejoría en los síntomas del cólico del lactante.

Aunque como hemos dicho hoy en día existen numerosos tratamientos y se conocen algo más las causas que general los cólicos, continuamos con la necesidad de seguir investigando sobre este tema, sobretodo resaltando la importancia de una buena educación para la salud de padres y cuidadores.

Como personal sanitario y conocedores del tema, desde la consulta de enfermería podemos orientar a los padres sobre cómo tratar los cólicos en su bebé. De esta manera les enseñaremos principalmente a calmarlos, es importante que ante ese llanto descontrolado de su bebé intenten mantener la calma, él bebé se pondrá más nervioso si los padres se desesperan.

Les instruiremos en las diversas técnicas que existen y que pueden ser efectivas si aprendemos a realizarlas.

Aunque por fortuna y pese a todas las preocupaciones que puede generar, los cólicos del lactante son un trastorno benigno, que desaparece por sí sólo tras los primeros meses de vida y que no produce secuelas en el niño; resulta importante por su elevada frecuencia y la preocupación provocada en los padres, conocer las causas y posibles medidas existentes para tratarlo, así como las medidas psicológicas que pueden ayudarlos a manejar la situación.

6 Bibliografía

1. Garrison MM, Chistakis A. A systematic review of treatments for infant colic. *Pediatrics*. 2000;106:184-95.
- Pérez Solís D. Cólico del lactante. Asociación Española de Pediatría. Disponible en: <http://enfamilia.aeped.es/temas-salud/colicos-lactante>.
2. Calvo Romero C. La prevención y el tratamiento del cólico del lactante. *Boletín de la Sociedad de pediatría de Asturias, Cantabria y Castilla y León*. 2010; 50: 197-202
3. Issell Nicolle Aguirre C, Eduardo Bulnes A, Orella Gómez B, Nicole Suazo E, Modesto Mercado G, Murillo Mejia HD, et al. Trastornos Funcionales Digestivos del Lactante. *iMedPub Journals [Internet]*. 2020 May 6 [cited 2022 May 3]; 16(2):1–5.

Capítulo 39

LA INFLUENCIA DE LA ALIMENTACIÓN EN LA DISMENORREA PRIMARIA: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

NOEMÍ GARCÍA MUÑOZ

1 Introducción

Entre las alteraciones de la menstruación se encuentra la dismenorrea, la cual se trata de la presentación de dolor contráctil en la zona abdominal inferior durante los días anteriores al inicio de la menstruación o durante los primeros 3 días de la misma, que puede propagarse hacia el dorso y pierna. Existen dos tipos de dismenorrea, primaria y secundaria, siendo más frecuente la primaria, llegando a afectar hasta al 90% de las mujeres con menstruación.

La causa de la dismenorrea primaria no está clarificada, aunque parece estar asociada a un incremento de prostaglandinas, existiendo numerosas causas que influyen en su presentación como menarquía con menos de 12 años, menstruación cuantiosa, nuliparidad, menor de 30 años, IMC menor de 18,5 o superior a 30, situaciones de ansiedad o consumo de tabaco, caféina o ingesta deficiente de omega-3.

La sintomatología de la dismenorrea engloba el dolor típico antes mencionado que suele presentarse junto a náuseas, vómitos, diarrea, cansancio, intranquilidad y cambios de humor, que causan malestar en la mujer llegando a alterar su vida cotidiana, así es una causa importante de ausencia laboral y escolar.

Para tratar este problema se emplean como primera opción los fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINES). Dentro del tratamiento farmacológico

también pueden emplearse los anticonceptivos hormonales. Asimismo, también resulta importante llevar unos adecuados hábitos de sueño, ejercicio y alimentación.

2 Objetivos

Objetivo general

- Conocer la efectividad de la influencia de la alimentación en la dismenorrea primaria en la actualidad.

Objetivos específicos

- Describir las evidencias y novedades más relevantes publicados en la actualidad de la influencia de la alimentación en la dismenorrea primaria.
- Relacionar los aspectos más relevantes en la actualidad de la influencia de la alimentación en la dismenorrea primaria.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica, consultando diferentes bases de datos de carácter nacional e internacional como: Pubmed, Cochrane Plus, Dialnet, Scielo; así como revistas electrónicas del ámbito de la enfermería como: Metas de Enfermería.

Las palabras clave que se utilizaron fueron: dismenorrea (dysmenorrhea), alimentación (diet) y conducta alimentaria (feeding behavior). Dichos términos también se han utilizado en inglés para la búsqueda en las bases de datos que así lo han requerido.

Para concretar o especificar la búsqueda se han empleado los términos “AND”, “OR”, “NOT”.

Los límites establecidos para la obtención de la información fueron:

- Tipo de estudios o trabajos a incluir: estudios originales, artículos, libros, guías generales. Se han seleccionado aquellas publicaciones con acceso gratuito al texto completo de las mismas, y con un buen nivel de impacto o calidad científica.
- Idioma de los documentos: español e inglés.
- Antigüedad de los documentos: se han seleccionado preferentemente las publicaciones de los últimos 5 años (a partir del año 2018), constituyendo el soporte fundamental de la revisión, utilizándose solo unas mínimas fuentes anteriores al considerarse relevantes para la documentación del trabajo.

La búsqueda se ha realizado en septiembre de 2023.

Siguiendo los aspectos definidos en la búsqueda y tras la consulta en las distintas bases de datos referenciadas, con las palabras clave citadas anteriormente, se obtuvo información de numerosas publicaciones, de entre las que se seleccionaron las referencias que constan en la bibliografía.

4 Resultados

La dismenorrea primaria llega a afectar a un alto porcentaje de mujeres durante el periodo menstrual; así, como recoge la mayoría de la bibliografía revisada, afecta hasta al 90% de las mujeres, mientras que según lo recogido en otros estudios este porcentaje es menor, de un 60% y de un 74,8% en otra bibliografía, siendo más frecuente en mujeres jóvenes que están en etapa docente, con un porcentaje del 75%, dato que coincide con lo expuesto en otros estudios. Respecto a los casos de dismenorrea severa con alteración en la vida cotidiana de la mujer se presentan en un 15% de las mujeres. Se trata de un malestar que altera la vida cotidiana de las mujeres, causando ausencia en el trabajo o en el ámbito colegial como coinciden varios estudios consultados, siendo el porcentaje de esta ausencia de hasta un 50% como se recoge en un estudio, dato que coincide con lo expuesto en otro estudio en el que dicho porcentaje era de un 65,7%.

La sintomatología predominante es la presencia de dolor espasmódico en la zona inferior del abdomen, con un porcentaje del 80% como se indica en la bibliografía consultada, coincidiendo con los demás estudios revisados, asociándose generalmente también otros síntomas como náuseas, vómitos, diarrea, dolor de cabeza, intranquilidad o cambios de humor.

El tratamiento de elección se basa en la administración de AINES y en caso de ser preciso, anticoncepción hormonal, como se recoge en la bibliografía consultada. Aun así, dentro de los métodos para paliar la sintomatología de la dismenorrea se ha de señalar la alimentación, cuya proporción de nutrientes debe ser un 55% de hidratos de carbono, menor de un 30% de grasas y un 15-20% de proteínas, como coinciden dos estudios consultados. Asimismo, la alimentación es considerada en un estudio como benefactor en casos de dismenorrea, cuando la ingesta recurrente de las mujeres se basa en frutas, verduras y pescado, coincidiendo con varios estudios consultados en los que se indica que una ingesta de frutas y verduras influye en el alivio de la sintomatología de la dismenorrea, ya que producen menos cantidad de ácido araquidónico, el cual contribuye en la síntesis de prostaglandinas, así en uno de los estudios se indica que dicho consumo de frutas y verduras reduce en un 68% la probabilidad de presentar dismenorrea, como también señalan otros estudios, así en uno el consumo de aguacate supuso

un 75% de mujeres sin dismenorrea frente a un 12% con dismenorrea, mientras que en otro la ingesta de al menos dos frutas al día se asocia a menos frecuencia de dismenorrea, en comparación con mujeres que solo consumían una fruta y un 11,4% de las mujeres que consumían fruta, en este estudio fresas, presentaban menos dismenorrea, en comparación con las que no la consumían, el 4,7%. También favorece la disminución de la sintomatología una adecuada ingesta hídrica, el consumo de fibra, el consumo de hidratos de carbono de absorción lenta y, como coinciden varios estudios consultados, una dieta pobre en grasas, ya que produce menos cantidad de ácido araquidónico, el cual contribuye en la síntesis de prostaglandinas. Dentro de las grasas, no se han hallado resultados concluyentes que avalen la seguridad y eficacia del consumo de aceite de pescado para paliar los síntomas de dismenorrea, tan solo en un estudio se señala que el consumo de aceite de pescado contribuye a disminuir las prostaglandinas. En cambio, el consumo de aceite de oliva ayuda a paliar la sintomatología, como se recoge en los estudios revisados, así, en un estudio se halló que la ingesta de aceite de oliva supuso que un 91,4% de las mujeres no presentasen dismenorrea, frente a un 88% que no lo consumían y la presentaron, aunque los resultados no fueron relevantes. Y es que la dismenorrea está relacionada con una ingesta deficiente de omega-3 y alta en omega 6, por lo que varios estudios recogen que el omega-3 supone un importante alivio de los síntomas.

Por el contrario, como se recoge en la bibliografía consultada, el consumo de azúcares simples incrementa la sintomatología de la dismenorrea, así, en un estudio se señala que el 67% de las mujeres que presentan dismenorrea ingieren azúcares simples, en comparación con un 7,8% que no los ingieren. También influye de manera negativa en la sintomatología de la dismenorrea como se ha señalado en los estudios revisados, una ingesta de alimentos con alto contenido en sodio, un consumo elevado de grasas y de carne, en este último caso, en un estudio se obtuvo que la ingesta de jamón serrano un 35,9% de las mujeres que lo consumían presentasen dismenorrea, frente a un 34,3% que no la presentaron, aunque los resultados no fueron relevantes, en cambio, se ha hallado otro estudio en el cual la ingesta de carne no se relacionó con la dismenorrea. Igualmente, también empeora la dismenorrea cuando la ingesta es elevada en hidratos de carbono, dato que no coincide con lo expuesto en otro estudio en el que no se encontró relación entre ingesta de hidratos de carbono, tales como pasta, arroz, pan, galletas, patatas y cereal, y su influencia en la dismenorrea, y cuando hay un consumo elevado de alimentos procesados, como coinciden varios estudios consultados. Tampoco ayudan al alivio de la dismenorrea el consumo de refrescos y café, como coinciden varios estudios de la bibliografía consultada, así, en uno de estos estudios se

señala que el 61,5% de las mujeres que no ingerían café no presentaban dismenorrea en comparación con un 39% de las mujeres que lo consumían y presentaban sintomatología, mientras que en otro estudio se señala que se incrementa la sintomatología si se toman cantidades iguales o superiores a 300 mg de café al día, pero que, en cambio, si se toman cantidades de 130 mg adjunto a medicación no hormonal, puede aliviar los síntomas al incrementar la capacidad del medicamento hasta un 40%. Debido a esta influencia negativa del café, en un estudio se señala que es preferible el consumo de té, especialmente el té verde por su mayor utilidad en caso de dismenorrea, sin embargo, en otra bibliografía consultada no se encontró relación entre el consumo de té y la mejora de la dismenorrea.

También en un estudio se ha obtenido que la adición en la dieta de boro, calcio en dosis de 1000 mg y cápsulas de menta ha resultado ser efectiva en la disminución de la sintomatología, de este modo, coincide con varios estudios en los que se señala que el calcio alivia la dismenorrea, mediante el consumo de lácteos, señalándose que al día se deben tomar 3-4 lácteos, un complemento de calcio de 1000 mg al día o un complemento de 600 mg de calcio junto a 300 mg de magnesio.

En cambio, la adición en la dieta de vitamina D, como se señala en los estudios revisados, no ha resultado ser eficaz para paliar los síntomas de dismenorrea, tan solo en un estudio se recoge que una ingesta baja en vitamina D se asocia a dismenorrea, por lo que contribuye a disminuir la dismenorrea el consumo de un complemento de 50000 UI de vitamina D a la semana en un periodo de 2 meses. Tampoco resulta eficaz la complementación de calcio junto a vitamina D, ya que no han resultado ser eficaces para paliar los síntomas de dismenorrea.

En cuanto a la vitamina B1, como se señala en dos estudios de la bibliografía, puede ayudar a paliar la sintomatología, pero en contraposición se hallan otros dos estudios que indican que su administración no ha resultado ser eficaz y no hay resultados concluyentes que avalen su seguridad. Respecto a la vitamina E, la mayoría de estudios coinciden en que alivia la dismenorrea, encontrándose solo un estudio en que se recoge que no se hallaron resultados concluyentes que avalen su seguridad y eficacia. Tan solo un estudio señala el papel de la vitamina C en la dismenorrea, señalando que una ingesta insuficiente de la misma causa mayor dismenorrea. Entre los minerales, se han hallado estudios sobre la adición de sulfato de zinc, coincidiendo dos estudios con la falta de resultados concluyentes que avalen su seguridad y eficacia, sin embargo, en otro sí que se señala que el consumo de zinc a dosis de 30-50 mg en 2 tomas al día, disminuye la dismenorrea.

En otro estudio, se indica que la ingesta de soja no se asocia a padecer dismenor-

rea, pero se ha hallado que lactantes entre 9 días y 4 meses que consumieron fórmula con soja, presentan un riesgo del 50% de presentar dismenorrea. En cuanto al empleo de hierbas, según dos estudios, el consumo de jengibre resulta efectivo, presentando menor sintomatología de dismenorrea aquellas mujeres que lo ingerían, en contraposición de lo expuesto por otro estudio, en el que se señala que el jengibre no ha resultado ser eficaz para paliar los síntomas de dismenorrea. Tampoco se han hallado resultados concluyentes que avalen la seguridad y eficacia de la valeriana. En cuanto a la canela y el tomillo, varios estudios coinciden en señalar su utilidad para paliar la sintomatología de la dismenorrea, así como de acuerdo a uno de esos estudios, también presentaban menor sintomatología de dismenorrea aquellas mujeres que ingerían de comino, pimienta o cúrcuma. Asimismo, según un estudio la manzanilla también resulta efectiva, al interrumpir la síntesis de prostaglandinas. En contraposición, se ha hallado un estudio sobre los suplementos alimenticios, entre los que se analizaron canela, eneldo, hinojo, así como melatonina, en el cual no se hallaron resultados concluyentes que avalen su seguridad y eficacia; este dato coincide con lo expuesto por otros dos estudios en los que se señala la poca evidencia científica que existe acerca de estos suplementos, por lo que no se han de considerar fiables. Por ello, ante todo resulta imprescindible llevar una dieta adecuada y equilibrada.

5 Discusión-Conclusión

La dismenorrea es un problema que afecta a un gran porcentaje de mujeres, con una sintomatología en la que el dolor es predominante pero que suele presentarse junto a más síntomas, conllevando una alteración en la vida cotidiana de la mujer; así, se trata de uno de los principales motivos de absentismo en el ámbito laboral y escolar, añadiendo la presión social que este absentismo supone para la mujer. Por ello, es preciso en gran parte de los casos la administración de tratamiento farmacológico; si bien, también puede ayudar a paliar la sintomatología el tratamiento no farmacológico, como llevar a cabo una adecuada alimentación, ya que el consumo de una alimentación basada en frutas, verduras y pobre en grasas es un factor benefactor de la dismenorrea, mientras que una dieta con alto contenido de hidratos de carbono de absorción rápida, sodio, grasas o carne conllevan un incremento de la sintomatología. Respecto a la adición en la dieta de vitaminas y minerales, así como el empleo de hierbas, no existen estudios con una clara evidencia que avale su eficacia y seguridad.

Así, como líneas de investigación futuras sería interesante realizar estudios que permitan conocer de manera más certera la eficacia de suplementos alimenticios

en casos de dismenorrea primaria, así como la realización de estudios que permitan corroborar la eficacia de los alimentos en la mejora de la sintomatología en mujeres con dismenorrea primaria.

6 Bibliografía

- 1- Aguilar-Aguilar, E. Desórdenes menstruales: lo que sabemos de la terapia dietética-nutricional. *Nutr Hosp.* 2020;37(N.º Extra 2):52-56. DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.03358>
- 2- Núñez Claude, B. Consecuencias de la dismenorrea primaria en la calidad de vida. Revisión bibliográfica. Universidad de Sevilla. 2018.
- 3- Fiol Cerdà, MM. Dietoterapia de la dismenorrea primaria. *Biosanitaria*. 2023.
- 4- Navarrete Rubio, A. Impacto en la calidad de vida de las mujeres con dismenorrea primaria y tratamientos disponibles. Universidad Jaume I. 2022.
- 5- Guimarães, I., & Póvoa, A. M. Primary dysmenorrhea: Assessment and treatment. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia: Revista Da Federacao Brasileira Das Sociedades de Ginecologia e Obstetricia*.2020; 42(8): 501–507. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1712131>
- 6- Pattanittum, P., Kunyanone, N., Brown, J., Sangkomkamhang, U. S., Barnes, J., Seyfoddin, V., & Marjoribanks, J. Dietary supplements for dysmenorrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016; 3(3), CD002124. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002124.pub2>
- 7- Fernández-Martínez, E., Onieva-Zafra, M. D., & Parra-Fernández, M. L. Lifestyle and prevalence of dysmenorrhea among Spanish female university students. *PloS One*. 2018; 13(8), e0201894. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201894>
- 8- Onieva-Zafra, M. D., Fernández-Martínez, E., Abreu-Sánchez, A., Iglesias-López, M. T., García-Padilla, F. M., Pedregal-González, M., & Parra-Fernández, M. L. Relationship between diet, menstrual pain and other menstrual characteristics among Spanish students. *Nutrients*. 2020; 12(6), 1759. <https://doi.org/10.3390/nu12061759>
- 9- Valverde diez, C. N., & Del Carmen Rodríguez, M. Influencia de factores dietéticos en el dolor menstrual. *Metas de Enfermería*. 2021; 24. <https://doi.org/10.35667/metasenf.2021.24.1003081828>
- 10- Bajalan, Z., Alimoradi, Z., & Moafi, F. Nutrition as a potential factor of primary dysmenorrhea: A systematic review of observational studies. *Gynecologic and Obstetric Investigation*. 2019; 84(3): 209–224. <https://doi.org/10.1159/000495408>

Capítulo 40

CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA

MARIA E. AGUILAR RICO

ANA ISABEL CANTOS APARICIO

MIRIAM SORIA GIL

AZUCENA DEL OLMO MARTINEZ

MARIA ESTER SANCHEZ ROMER

1 Introducción

Actualmente, el cáncer es una enfermedad de relevancia mundial por su incidencia, prevalencia y mortalidad. Su tratamiento abarca diferentes terapias oncológicas, entre las que cabe destacar la quimioterapia. Este término engloba a toda sustancia capaz de destruir o neutralizar a los agentes productores de la enfermedad. La quimioterapia utilizada en procesos oncológicos consiste en la administración de medicamentos específicos por vía oral o intravenosa que actúan de forma sistémica e impiden la multiplicación de células cancerígenas o de las que se reproducen anormalmente; estas sustancias se conocen como citostáticos y se clasifican en agentes alquilantes, antibióticos antitumorales y derivados de plantas.

Los tratamientos quimioterápicos asocian una serie de efectos más o menos graves, sobre el resto del organismo, denominándose efectos tóxicos o secundarios. Las células más afectadas por el efecto citotóxico de la quimioterapia son aquellas que comparten características con las células tumorales, especialmente la multiplicación celular a gran velocidad, como son las de los folículos pilosos, de la médula ósea, el tubo digestivo y el sistema reproductor.

La toxicidad asociada al tratamiento quimioterápico es un aspecto muy importante, principalmente por la influencia negativa que ejerce sobre la calidad de vida de los pacientes, así como el riesgo vital que puede suponer en algunas circunstancias.

2 Objetivos

- Conocer los efectos secundarios más habituales asociados a la quimioterapia sobre los principales sistemas corporales.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los cuidados de Enfermería que estos pacientes precisan van siempre relacionados con los efectos secundarios por el tratamiento. En relación con el paciente, la aparición de efectos tóxicos estará condicionada por el estado general del paciente, tanto a nivel físico como psíquico.

1- SÍNTOMAS MÁS FRECUENTES DEL APARATO DIGESTIVO

- NÁUSEAS: suelen aparecer a las 2-3 horas tras la administración de la quimioterapia y pueden durar hasta 72 horas. Los cuidados irán encaminados a:
 - Disminuir la ansiedad.
 - Administrar antieméticos antes, durante y después del tratamiento (por prescripción facultativa).

- VÓMITOS: pueden ser agudos (primeras 24 horas, siendo muy intensos), anticipatorios (antes de la quimioterapia) y retardados (aparecen después de las primeras 24 horas, alcanzando un máximo entre las 48-72 horas y desaparecen al 4º o 5º día).
- Vigilar la deshidratación. Si los vómitos son graves y prolongados, es probable que aparezcan trastornos en el equilibrio electrolítico y deshidratación. Habrá que instaurar reposición por vía intravenosa (prescripción facultativa).
- Tratamiento antiemético (por prescripción facultativa).
- Vigilar la persistencia de vómitos severos, dolor o sangrado o cualquier otra anormalidad y registrar.
- Desaconsejar comidas pesadas, grasientas, fritos, picantes, alimentos que produzcan gases o sensación de plenitud, alimentos con olores intensos, sabores fuertes, comidas muy calientes...
- ESTREÑIMIENTO:
 - Recomendar al paciente que tome alimentos ricos en fibra y residuos para facilitar el tránsito intestinal (fruta con piel, verdura, cereal integral, ciruelas, higos...). Aumentar la ingesta de líquidos.
 - Aconsejar al paciente que realice ejercicio (paseos) y masaje abdominal (rotatorio, empezando por el lado derecho y con una ligera compresión).
 - Ocasionalmente, puede ser necesario el uso de laxantes, enemas (por prescripción médica).
- DIARREA:
 - Aconsejar al paciente dietas blanda rica en carbohidratos y proteínas (pollo hervido, arroz blanco, puré de patatas o zanahoria, manzana asada, plátano); comidas pequeñas y frecuentes; aumentar la ingesta de líquidos (3l/día); desaconsejar dietas ricas en fibras o residuos, alimentos grasos o fritos, alcohol, cafeína, té, refrescos con gas, alimentos muy calientes o muy fríos, ya que estimulan el peristaltismo.
 - Si la diarrea es severa, aconsejar dieta líquida.
- MUCOSITIS Y ESTOMATITIS: Informar al paciente sobre los distintos efectos de la quimioterapia sobre el tracto gastrointestinal y la boca. Aparece a los 7-14 días de la administración de los citostáticos y puede permanecer durante 2-3 semanas.
- Cepillado de dientes suave antes y después de las comidas y usar antisépticos bucofaríngeos. No se debe usar hilo dental. No utilizar pasta de dientes abrasiva ni enjuagues que contengan alcohol.
- Usar vaselina para humidificación de los labios.
- Realizar enjuagues de modo preventivo tras la administración de la quimioter-

apia para mantener las mucosas. Según el grado de mucositis se realizarán enjuagues con fármacos (prescripción médica).

- ANOREXIA: incitarle a que coma, pero sin forzarle, estimulándole con productos de su preferencia. Para su recuperación debe comer y beber lo mejor posible.

2- SISTEMA EPITELIAL

- ALOPECIA: se trata de un efecto frecuente que varía en función del tipo de tratamiento quimioterápico utilizado. Ocurre por la rápida frecuencia de división de las células del folículo piloso. Informar al enfermo, antes del inicio, de la caída del cabello.

- Intentar conocer el impacto de la alopecia en el paciente, ya que en muchos casos provocará un estrés psicológico. Informar sobre las posibilidades o estrategias a seguir.

La pérdida del cabello será gradual, evidente a las 2-3 semanas desde el comienzo del tratamiento.

- DERMATITIS, RASH CUTÁNEO E HIPERPIGMENTACIÓN: usar talquistina para calmar el prurito. Emplear talquistina para calmar el prurito y evitar la exposición al sol (fotosensibilidad).

3-SISTEMA REPRODUCTOR

- AMENORREA, VAGINITIS, INFECCIONES FÚNGICAS Y ESTERILIDAD: se instará al paciente a que extreme las medidas de higiene locales.

- Proporcionar una orientación adecuada y anticipada a los posibles cambios.

- En cualquier tratamiento citostático debe evitarse el embarazo. Si están en edad fértil se les aconsejará consultar al médico o a planificación familiar.

4- SISTEMA URINARIO

- Se pueden presentar los siguientes síntomas: cistitis hemorrágica, escozor, disuria, hematuria, insuficiencia renal (polaquiuria, oliguria, anuria y edemas).

- Aconsejar la ingesta de abundantes líquidos, 2-3 litros/día.

- Controlar cifras de tensión arterial. Control de las zonas típicas de edemas.

- Controlar las zonas típicas de formación de edemas.

- Aumentar la ingesta de alimentos ricos en potasio (plátanos, naranjas...)

5- SISTEMA NEUROLÓGICO

- PARESTESIAS, CALAMBRES MUSCULARES, DOLORES NEURÁLGICOS, CANSANCIO, EUFORIA O DEPRESIÓN: advertir al paciente y familiares de los posibles efectos para que puedan reconocerlos y puedan comunicarlos en caso de aparecer.

6- SISTEMA HEMATOLÓGICO

- LEUCOPENIA: extremar las medidas de asepsia para prevenir la infección. Aislamiento del enfermo.
- TROMBOCITOPENIA: enseñar al paciente y a la familia los factores de riesgo y a reconocer signos y síntomas para la prevención de hemorragias: ambiente seguro, higiene personal adecuada, actuación ante sangrado gingival, equimosis espontánea, epistaxis, hematomas, hemorragias...
- ANEMIA: valorar y vigilar principalmente la palidez cutánea, disnea, taquicardia, vértigos...

5 Discusión-Conclusión

El manejo del paciente con cáncer en tratamiento oncológico ha demandado en todo el personal sanitario y en el campo de la Enfermería oncológica, un análisis de los factores que pueden contribuir a disminuir las complicaciones que de este proceso se derivan, ya que estas se traducen en una disminución del confort que a su vez aumenta los niveles de ansiedad e incertidumbre de los pacientes y sus familiares.

La atención de Enfermería al paciente oncológico se ve enriquecida por los estrechos lazos que logra crear tanto con el paciente como con su familia debido a lo prolongado del tratamiento y es a partir de esa relación que se logra identificar experiencias que pueden ser manifestadas por los pacientes de maneras diferentes, pero tienden a encontrarse en un punto común.

La atención del profesional de enfermería es fundamental para llevar un control en la aparición de síntomas y a su vez ofrecer al paciente las herramientas para paliar los efectos indeseados.

Es importante conocer los efectos secundarios asociados a cada tipo de fármaco quimioterápico para de esta manera prevenir la aparición de toxicidad, lo que permitirá tener un buen control sintomático y una mayor calidad de vida.

6 Bibliografía

- 1.P Varona, CL Hernández, BG Uribarri. Revista Sanitaria de investigación 2021.
- 2.Kim MJ. McFarland GK, AM. McClain. Guía Clínica de Enfermería, Diagnóstico en Enfermería y Plan de Cuidados. Mosby/Doyma. España.
- 3.Iyer PW, Tapich BJ, Bernocchi-Losey D. Proceso y Diagnóstico de Enfermería. México, D.F. McGraw-Hill Interamericana, 1997.
4. Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid, España.

5. J.A. Pérez Fidalgo, L. García Fabregat, A. Cervantes, A. Margulies, C. Vidall, F. Roila, et al. Management of chemotherapy extravasation: ESMO-EONS Clinical Practice Guidelines.
6. C. Robert, V. Sibaud, C. Mateus, M. Verschoore, C. Charles, E. Lanoy, et al. Nail toxicities induced by systemic anticancer treatments. *Lancet Oncol*, 16 (2015), pp. e181-e189 [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(14\)71133-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(14)71133-7)
| Medline.

Capítulo 41

LOS CÓLICOS DEL LACTANTE. LOS CUIDADOS Y TRATAMIENTOS DE LA ENFERMERA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

IRENE DE MORA MARTÍN-FORERO

CECILIA NUÑEZ GARRIDO

BLANCA SANZ CAMACHO

INES REDONDO ALVAREZ

SILVIA LORENZO MARTIN

1 Introducción

La atención a los bebés que sufren cólicos del lactante es una parte importante de la labor de la enfermera en atención primaria. Los cólicos del lactante son un problema común que puede causar malestar y angustia tanto en los bebés como en sus padres. Este trastorno se caracteriza por episodios de llanto inconsolable y malestar abdominal en bebés sanos que generalmente comienzan en las primeras semanas de vida y pueden durar hasta los tres o cuatro meses.

El trabajo de la enfermera en atención primaria es esencial para proporcionar orientación, apoyo y cuidado adecuado tanto al bebé como a los padres que enfrentan esta situación. Durante esta revisión, exploraremos en detalle el rol de

la enfermera en el manejo de los cólicos del lactante en atención primaria, incluyendo las estrategias de cuidado y tratamiento que pueden ayudar a aliviar el malestar de los bebés y a brindar apoyo a los padres.

Los cólicos del lactante pueden ser desafiantes tanto para los padres como para los profesionales de la salud, pero con el apoyo y la orientación adecuados, es posible ayudar a los bebés a sobrellevar esta etapa y proporcionar a los padres las herramientas necesarias para cuidar a sus hijos de manera efectiva. La enfermera en atención primaria desempeña un papel crucial en este proceso, contribuyendo al bienestar y la calidad de vida de los bebés y sus familias.

El trabajo de la enfermera en atención primaria en el cuidado de bebés con cólicos es esencial para ayudar a los padres a comprender y manejar esta difícil etapa en la vida de su hijo. La enfermera desempeña un papel clave al proporcionar orientación, apoyo emocional y estrategias efectivas para aliviar el malestar del bebé, lo que contribuye al bienestar tanto del bebé como de la familia en general.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer y evaluar las principales actuaciones que se ejercen desde la enfermería en el cuidado de los cólicos en el lactante.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los cólicos del lactante son un problema común que afecta a muchos bebés durante sus primeros meses de vida. Estos episodios de llanto inconsolable y malestar abdominal pueden ser angustiantes tanto para los bebés como para sus padres. La enfermera en atención primaria juega un papel fundamental en el cuidado y el tratamiento de los bebés con cólicos, así como en la orientación y

el apoyo a los padres. A continuación, se describen las responsabilidades y el trabajo de la enfermera en este contexto:

- Evaluación del bebé: La enfermera debe realizar una evaluación completa del bebé para descartar otras posibles causas de malestar, como infecciones, intolerancias alimentarias o problemas médicos. Es importante confirmar que los síntomas se deben a cólicos y no a una afección más grave.
- Educación a los padres: La enfermera proporciona información a los padres sobre los cólicos del lactante, incluyendo lo que son, cuáles son los síntomas típicos y cómo reconocerlos. También educa a los padres sobre las técnicas de consuelo y cuidado que pueden ayudar a aliviar el malestar de su bebé.
- Apoyo emocional a los padres: Los cólicos pueden ser emocionalmente agotadores para los padres. La enfermera ofrece apoyo emocional, escucha sus preocupaciones y brinda consejos sobre cómo lidiar con el estrés y el cansancio.
- Revisión de la alimentación: La enfermera puede revisar la alimentación del bebé, incluyendo la lactancia materna o la fórmula, para asegurarse de que no haya problemas de alimentación que contribuyan a los cólicos. Puede proporcionar orientación sobre la posición adecuada durante la alimentación y la técnica de succión.
- Sugerencias para el alivio de los cólicos: La enfermera puede sugerir técnicas de alivio de cólicos, como masajes abdominales suaves, cambios en la posición del bebé, o el uso de chupetes. También puede hablar sobre la importancia de establecer una rutina de sueño y alimentación regular.
- Educación continua: Proporciona educación continua a los padres sobre los cólicos y cómo manejarlos a medida que el bebé crece y se desarrolla. Esto incluye consejos para la transición a alimentos sólidos y otros hitos del desarrollo.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel de la enfermera en atención primaria en el manejo de los cólicos del lactante es fundamental para brindar atención de calidad a los bebés y apoyo a sus padres. Los cólicos del lactante son un desafío común durante los primeros meses de vida de un bebé, y pueden causar angustia tanto en el bebé como en sus cuidadores.

La enfermera desempeña diversas responsabilidades en este contexto, que incluyen la evaluación del bebé, la educación a los padres sobre los cólicos, la revisión de la alimentación del bebé, la sugerencia de técnicas de alivio de cólicos y la provisión de apoyo emocional. A través de estas intervenciones, la enfermera contribuye al alivio del malestar del bebé y a la reducción del estrés de los padres.

Es importante destacar que, aunque los cólicos del lactante pueden ser desafiantes, son una fase temporal y generalmente desaparecen con el tiempo. La labor de la enfermera en atención primaria no solo implica el cuidado del bebé, sino también la orientación y el apoyo a los padres para que se sientan capacitados para manejar esta situación.

En última instancia, el trabajo de la enfermera en atención primaria en el manejo de los cólicos del lactante contribuye al bienestar de los bebés y las familias, aliviando el malestar de los bebés y proporcionando herramientas y conocimientos a los padres para enfrentar esta etapa de manera efectiva.

6 Bibliografía

1. Treatment choices for infant colic: Suanny del Carmen González C., Brochet bayona C. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-pediatria-213-articulo-opciones-tratamiento-del-colico-del-S0120491215000543>.
2. Cólicos. Deborah M. Consolini, MD, Thomas Jefferson University Hospital. Revisado médicamente nov. 2022. Manual MSD. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-mx/professional/pediatr%C3%ADa/s%C3%ADntomas-en-lactantes-y-ni%C3%B1os/c%C3%B3licos>
3. Martín E., Cólicos en recién nacidos: causas, síntomas y cómo calmarlos. Disponible en: <https://www.hospitalmanises.es/blog/calmar-colicos-lactante/>.
4. Neri S, Navarro D, López K, Candelario E, Rossell A, Nogales A et al. Trastornos gastrointestinales funcionales en el lactante: Prevalencia en una consulta gastroenterológica. Gen [Internet]. 2015 Dic [citado 2023 Jun 15]; 69(4): 133-136. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-35032015000400005&lng=es.
5. Cólico del lactante. Clínica Universidad de Navarra. Disponible en: <https://www.cun.es/chequeos-salud/infancia/colico-lactante>.

Capítulo 42

APÓSITOS PARA ÚLCERAS POR PRESIÓN

MONICA VIVAR GALÁN

1 Introducción

Primero vamos a hablar de lo que es una úlcera por presión (UPP), se trata de una lesión localizada en la piel y/o tejido subyacente, resultante de la presión o de la presión combinada con fuerzas de cizallamiento. Normalmente aparece en las prominencias óseas y el 90% aparecen por debajo de la cintura. Existen varios tipos de fuerzas que favorecen la aparición de úlceras por presión: (1) (2)

- Presión: fuera perpendicular a la piel.
- Fricción: fuerza que actúa de forma paralela a la piel.
- Cizallamiento: combina presión y fricción.

Los factores de riesgo para la aparición de UPP son: edad, sequedad de la piel, alteraciones nutricionales, alteración de la consciencia, alteración motora, incontinencia urinaria o fecal, enfermedades que retrasan la cicatrización, inmovilización durante tiempo prolongado, tracción al realizar movilizaciones, humedad, sondajes, inmovilizaciones y sujeciones, etc.

Las úlceras por presión se clasifican teniendo en cuenta la profundidad en:

- Tipo I: eritema que no desaparece al eliminar la presión sobre esa zona. La piel está intacta y producen mucho dolor.
- Tipo II: presenta pérdida parcial de la dermis, afecta epidermis y dermis.
- Tipo III: presenta pérdida total de la piel
- Tipo IV: además de la piel también afecta a fascia, músculo, tendón o hueso. No son dolorosas.

2 Objetivos

Realizar una revisión de los datos disponibles hasta la fecha actual sobre los diferentes tipos de úlceras por presión, sus factores de riesgo, tratamiento adecuado, así como distintos tipos de apósitos dependiendo del estado de la úlcera por presión.

3 Metodología

Este trabajo consiste en una revisión de la literatura científica relacionada con los diferentes tipos de úlceras por presión, factores de riesgo que favorecen su aparición y tratamiento más adecuado. La búsqueda bibliográfica se ha realizado en septiembre de 2023, recopilando trabajos publicados en los últimos 14 años y que estuvieran redactados en español o en inglés.

La búsqueda fue realizada a través de Google académico y Pubmed, usando términos como “úlceras por presión” en Google académico y “pressure ulcer” en Pubmed.

4 Resultados

Actualmente según la evidencia científica es más conveniente realizar la cura en ambiente húmedo, ideal para mantener el equilibrio entre la humedad de la herida y la piel perilesional.

Nos encontramos con diferentes tipos de apósitos dependiendo del exudado de la herida: (3) (4)

ABSORBENTES

- Hidrocoloides: cuando entra en contacto con el exudado lo absorbe y forma un gel que evita que se adhiera al lecho de la herida. Se usan en UPP que no presenten signos de infección. Tienen una absorción leve-moderada.
- Hidrofibra de hidrocoloide: controlan el exudado y evitan la maceración de la piel perilesional, son muy absorbentes.
- Espumas: no retienen exudado, por lo que se suelen usar como apósito secundario
- Alginatos: actúan intercambiando sodio y calcio con el exudado, crean un gel que aumenta la absorción y evita que se adhiera a la herida. Conviene humedecerlos antes de retirarlos para facilitar su retirada. Son muy absorbentes

HIDRATANTES

- Hidrogeles: su principal componente es el agua, por lo que rehidratan la herida, realizando una cura en ambiente húmedo, por lo que se produce un desbridamiento autolítico.

PROTECTORES

- Apósitos de silicona: no se adhieren al lecho de la herida, también favorecen un ambiente húmedo.

DESODORIZANTES

- Apósitos de carbón activo: se usan en úlceras con mal olor. Es muy importante que el carbón activo no entre en contacto con el lecho de la herida, tampoco debemos recortar estos apósitos.

ANTIMICROBIANOS

- Apósitos de plata: es necesario humedecer antes el apósito con agua. Debemos usarlos en úlceras infectadas y para que sean efectivo deben mantenerse al menos 48 horas.

CICATRIZANTES

- Apósitos de colágeno: forma la base sobre la que se desarrolla el tejido de granulación.

Existen otros tipos de apósitos que se usan para evitar que el apósito secundario se adhiera al lecho de la herida.

5 Discusión-Conclusión

La aparición de UPP es un problema de salud que está continuamente en estudio, por lo que van apareciendo nuevos tratamientos, nosotros como profesionales debemos estar al tanto de ellos.

Es muy importante realizar una valoración inicial de las úlceras, aunque también debemos realizar un seguimiento para ver cómo evoluciona e ir adaptando el tratamiento a la evolución de la úlcera por presión.

Debemos anotar siempre el tratamiento aplicado, para que los compañeros estén al tanto de ello.

El tratamiento más importante es evitar su aparición, para ello debemos educar tanto a lo pacientes como a los cuidadores sobre las medidas de prevención y los signos de alarma que deben vigilar.

6 Bibliografía

- (1) Josefina Martínez Angulo. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las úlceras por presión. Consejería de Salud de La Rioja [Internet] 2009

[consultado 23 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://sghweb.es/libros-guias/25.pdf>

(2) Osvaldo J. Patiño O, Hernán A. Aguilar, Anahí L. Belatti. Úlceras por presión: cómo prevenirlas. Rev. Hosp. Ital. B. Aires [Internet] 2018 [consultado 23 de septiembre 2023]; 38(1): 40-46. Disponible en: http://www.afam.org.ar/textos/04_12_18/

materialparapaginawebdiciembre/ulceras_por_presion_preencion.pdf

(3) Cruz Martos M^a Angeles, Herrero Hernández Silvia. Apósitos para el tratamiento local de úlceras cutáneas crónicas [Internet] Madrid; 2022. Disponible en: <https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2023/02/recomendaciones-apositos-tto-local-ucc-abril2022.pdf>

(4) Grupo de trabajo de deterioro de la integridad cutánea. Productos y apósitos para prevención y tratamiento de úlceras por presión [internet]. Disponible en: <https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2020/11/manual-upp.pdf>

Capítulo 43

CASO CLÍNICO: PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA

MONICA VIVAR GALÁN

1 Introducción

Comenzaremos hablando de la esquizofrenia, es un trastorno psicótico grave, para poder diagnosticarlo debe haber un mes de síntomas (ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico y síntomas negativos. También debe producir disfunción laboral o social y debe durar durante al menos 6 meses.

La incidencia en hombres y mujeres es prácticamente igual, aunque en los hombres suele aparecer a edades más tempranas.

Podemos diferenciar los síntomas en:

- Positivos: exceso de funciones normales, alucinaciones, ideas delirantes, lenguaje desorganizado, comportamiento desorganizado
- Negativos: disminución de funciones normales, embotamiento afectivo, pobreza de habla, apatía, mutismo, aislamiento social.

Además de estos síntomas, también nos encontramos con síntomas cognitivos como son: problemas de atención, concentración y memoria

Las causas del desarrollo de esta enfermedad pueden ser: genéticas, bioquímicas (por alteración de la dopamina), psicosociales

Podemos encontrarnos con cuatro tipos de esquizofrenia:

- Paranoide: se caracteriza porque hay mayor presencia de alucinaciones, alteraciones en la afectividad o en el lenguaje. También creen que alguien les persigue
- Hebefrénica: el enfermo presenta una conducta y lenguaje desorganizados

- Catatónica: se caracteriza por la presencia de al menos dos de los siguientes síntomas, inmovilidad motora por catalepsia, actividad motora excesiva, mutismo o adoptar posturas extrañas
 - Simple: hay una disminución del rendimiento de manera general.
- (1) (2)

2 Objetivos

Exponer el caso de un paciente varón de 34 años de edad diagnosticado desde hace 7 años de esquizofrenia.

Realizar una valoración de enfermería y elaborar un plan de cuidados para este paciente.

3 Caso clínico

Alberto es un chico de 34 años diagnosticado desde hace 7 años de esquizofrenia, ha precisado en varias ocasiones ingresos en la Unidad de Salud Mental. Acude porque desde hace un par de días nota que está más decaído, está todo el día encerrado en su habitación, piensa que le van a echar del trabajo y escucha como sus compañeros se ríen de él, al hablar con él nos comenta que últimamente se notaba mejor así que no ha estado tomando la medicación.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN LOS PATRONES DE M. GORDON (3)
(4) (5)

- Percepción-manejo de la salud: no tiene consciencia de su enfermedad
- Nutricional-metabólico: malos hábitos, hay días que no come y otros que solo come comida basura.
- Eliminación: sin alteraciones
- Actividad-ejercicio: no realiza ninguna actividad física
- Sueño-descanso: irregular, algunos días necesita medicación para conciliar el sueño
- Cognitivo-perceptivo: enlentecido
- Autopercepción-autoconcepto: presenta síntomas depresivos
- Rol relaciones: solo tiene relación con su madre, ha perdido el contacto con los compañeros de trabajo
- Sexualidad y reproducción: nula
- Adaptación- tolerancia al estrés: no le preocupa nada
- Valores-creencias: no tiene

DIAGNÓSTICOS

Aislamiento social

NOC

Implicación social

Indicadores: interacción con amigos, vecinos y familiares

NIC

Modificación de la conducta: habilidades sociales

Actividades: dar elogios o recompensar cuando cumpla un objetivo de una actividad

Alteraciones sensorio-perceptivas (auditivas)

NOC

Conducta de cumplimiento: medicación prescrita

Indicadores: toma la medicación prescrita, toma la dosis correcta

NIC

Manejo de las alucinaciones

Actividades: asegurar la toma de medicación

Disminución de la implicación en actividades recreativas

NOC

Participación en actividades de ocio

Indicadores: motivación, sentimiento de satisfacción con las actividades de ocio

NIC

Terapia de entretenimiento

Actividades: ayudar al paciente a identificar actividades recreativas que tengan sentido para él, potenciación de la autoestima

Riesgo de autolesión y suicidio

NOC

Autocontrol del impulso suicida

Indicadores: obtiene tratamiento para la depresión, no intenta causarse lesiones

NIC

Prevención del suicidio

Actividades: determinar la existencia y grado de riesgo de suicidio

4 Discusión-Conclusión

Deberemos indicarle al paciente la importancia de seguir el tratamiento para evitar recaídas, lo derivaremos al servicio de salud mental para una correcta valoración.

Es muy importante que estos pacientes sigan correctamente el tratamiento, ya que como no tienen consciencia de su enfermedad deciden dejar de tomarla.

Debemos ofrecerle al paciente la realización de psicoterapia grupal con pacientes con el mismo diagnóstico, en grupo trabajaremos la conciencia de enfermedad. En estos pacientes observaremos también una serie de factores que indican buen pronóstico, por ejemplo: inicio agudo, si antes del inicio el paciente tenía una buena adaptación social, si se inicia de forma tardía, la presencia de síntomas positivos, y sobre todo la presencia de apoyo familiar y social.

5 Bibliografía

- (1) Campero Encinas Daniela, Campos Lagrava Henry, Campero Encinas Marcela. Esquizofrenia: la complejidad de una enfermedad desoladora. Revista científica Ciencia Médica [Internet] 2009 [2023]; 12(2):32-37. Disponible en: <https://biblioguias.uma.es/citasybibliografia/ejemplosvancouver>
- (2) Departamento de salud y servicios humanos de Estados Unidos. La esquizofrenia. Institutos Nacionales de la Salud [Internet] 2021. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/health/publications/espanol/la-esquizofrenia/la-esquizofrenia.pdf>
- (3) Herdman, H. Kamitsuru, S. NANDA diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2018-2020. 11 ed. Barcelona: Elsevier; 2019.
- (4) Butcher, H.K. Bulechek, G.M. Dochterman, J.M. Wagner, C.M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7º ed. Elsevier; 2018.
- (5) Moorhead, S. Swanson, E. Johnson, M. Maas, M. Clasificación de resultados de Enfermería (NOC). 6ª ed. Elsevier; 2018.

Capítulo 44

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES OSTOMIZADOS

ANA NIETO CARRETERO

MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ PINA

1 Introducción

Una ostomía, o estoma es una abertura creada quirúrgicamente entre los intestinos y la pared abdominal. los tipos mas comunes de ostomía conectan el intestino delgado (ileostomía o jejunostomía), el intestino grueso (colostomía) a la pared abdominal o a la orina (exteriorización de los uréteres, ya sea directamente o a través del íleon. Las ostomías pueden ser temporales o permanentes.

Aunque su origen puede ser de diferente índole, las causas mas frecuentes son cáncer, traumatismo, enfermedad inflamatoria intestinal (como la enfermedad de Crohn o la colitis ulcerosa), obstrucción intestinal, infección, incontinencia fecal (incapacidad para controlar los movimientos intestinales) o enfermedad diverticular (pequeñas protuberancias o sacos que se forman en la pared del intestino grueso).

Se pueden clasificar en:

De una pieza: una bolsa que se pega a la piel mediante un adhesivo. Es adecuado para heces sólidas e infrecuentes, seguramente el caso de las colostomías, ya que la piel sufre cada vez que una bolsa se despega para reemplazar

De dos piezas: en este caso la bolsa no se pega sobre la piel, sino que se coloca sobre una placa que es la que va pegada al abdomen, por lo que se puede cambiar

la bolsa cuantas veces se quiera sin dañar la piel. La placa puede mantenerse durante varios días sin cambiarla. Son adecuados para pieles sensibles y en caso de que se necesite reposo de la piel periestomal. La forma de unir la bolsa a la placa puede ser mediante un anillo de plástico rígido o bien pegada también. El inconveniente de este sistema es que si la placa es muy rígida no se adapta a la curvatura del abdomen y se puede despegar más fácilmente. El sistema de pegar también la bolsa a la placa hace posible que la placa también sea flexible y se adapte mejor a la forma del abdomen.

De tres piezas: similar al anterior con anillo de plástico, pero con un clip de seguridad.

A su vez las bolsas pueden ser:

Abiertas: disponen de un clip para abrirla y vaciarla sin despegarla de la piel o la placa. Más adecuadas para las ileostomías, que evacúan mucho y llenan la bolsa con frecuencia. Poder abrir y vaciar la bolsa evita tener que despegar la bolsa de la piel para cambiarla. También es una ventaja en caso de los dispositivos de dos piezas, ya que cuando la zona de adherencia de la placa con la bolsa ya está sucia y usada las bolsas pegan peor, por lo que puede ser mejor no despegar la primera que se colocó con la placa limpia y mantenerla todo el tiempo que sea posible.

Cerradas: no se pueden abrir de ninguna manera. Cuando se llenan no hay más remedio que cambiarlas. Más adecuadas para las colostomías que evacúan con menos frecuencia.

Con válvula de vaciado: disponen de un grifo para poderse vaciar. Más adecuadas para urostomías dado que, la salida permanente de orina, obliga a un frecuente vaciado de la misma.

2 Objetivos

- Presentar al paciente y familiares los problemas biopsicosociales que pueden suceder.
- Educar sanitariamente en el proceso es fundamental y una adecuada formación profesional.
- Conocer los cuidados del estoma, como higiene, dieta, etc.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en la literatura científica existente y diversas bases de datos, revistas del ámbito de la salud, especialmente de enfermería, y páginas web de organismos oficiales.

Palabras clave: persona ostomizada, cuidados, intervención, educación.

4 Resultados

El paciente con ostomía soporta cambios importantes: físicos, psíquicos y socioeconómicos, a pesar de estos cambios debe enfrentar su enfermedad con optimismo.

Después de la cirugía, en la realización de la ostomía, se pasará por distintas etapas. Una primera fase en la que se deberá estar en ayunas e hidratado con sueros hasta la recuperación del movimiento intestinal, momento en el que se inicia la alimentación con una dieta líquida (agua, manzanilla, zumos, gelatinas, caldos). Si se toleran bien los líquidos, el médico indicará ir progresando la dieta.

La intervención produce inflamación en los tejidos, puede ser que esté alterado el ritmo intestinal y la digestión de los alimentos, pero con el tiempo se recuperará la normalidad. Es importante ir añadiendo los alimentos de uno en uno e ir observando el funcionamiento del intestino y de la ostomía.

Cuidados de las ostomías

Hay que evitar en lo posible que la piel periestomal sufra o se lesione. Explicar al paciente lo que se le va a hacer, colaborando en la formación y desarrollo de las habilidades del paciente en la técnica. La enfermera debe proporcionar soporte educativo y psicológico para que colabore al máximo en su autocuidado.

☒ Retirar el dispositivo, de arriba hacia abajo, sujetando la piel.

☒ Limpiar el resto de deposición con papel higiénico.

☒ Lavar la piel periestomal con una esponja suave empapada en agua y jabón neutro o suero fisiológico y aclarar y secar la zona toques suaves, sin frotar la piel.

☒ Inspeccionar en cada cambio: - Apariencia, tamaño y color de la mucosa. - Aspecto de la sutura cutánea- mucosa del estoma. - Drenaje: cantidad, color, consistencia, aspecto y si existe sangrado. - Irregularidades de la piel circundante: (integridad, signos de irritación, eritema, humedad, etc.).

☒ Comprobar la permeabilidad del estoma.

☒ Si se utiliza una bolsa recortable, medir el diámetro del estoma. y recortar el orificio central hasta el diámetro requerido unos 2-3 mm superior al estoma. Es posible que al poco tiempo de la intervención el estoma haya disminuido de tamaño, por lo que será necesario medirlo nuevamente el estoma para ajustar al diámetro que necesita. Para ello podrá utilizar un medido de estomas.

☒ En aquellos estomas difíciles e irregulares se puede aplicar un protector cutáneo en la piel periestomal para rellenar e igualar cicatrices y pliegues. Consiguiendo así una superficie regular sobre la que aplicar la bolsa. (EJ. Stomahesive)

☒ Adherir el disco alrededor del estoma, comenzando por la parte inferior.

☒ Encajar la bolsa en el disco.

☒ Para mayor adhesividad, aplicar calor con las manos durante un minuto sobre la placa.

Si existe bello alrededor de la ostomía, cortarlo con tijeras evitando rasurarlo en lo posible, en el sentido del crecimiento.

☒ No poner cremas hidratantes o aceites que dificulten la adherencia del dispositivo.

☒ Puede ducharse o bañarse con o sin la bolsa. Si se deja la bolsa tapar el filtro.

Instrucciones especiales

Dieta: Esta no es estricta pero los alimentos tienen que ser bien masticados. Con el desarrollo de materiales para bolsas a prueba de olores, filtros de gas y desodorantes de bolsas y heces, las personas con ostomías pueden disfrutar de mayor libertad y confianza acerca de las comidas que elijan. No obstante, el paciente debe estar alerta para reconocer alimentos que producen efectos indeseables como por ejemplo, mayor cantidad de heces. Algunos alimentos como cebollas, ajo, pescado y huevos pueden producir olores ofensivos. Si el olor constituye un problema, incluso cuando se usan filtros de carbón para gases deben evitarse esos alimentos.

Baño: Pueden bañarse o ducharse tan frecuente como lo deseen. Está permitido hacerlo sin la bolsa; si el paciente prefiere conservar la bolsa mientras se baña puede usar papel o cinta a prueba de agua para cubrir los bordes de la barrera cutánea.

Deportes y ejercicios: En general los pacientes con ostomía no ven limitadas sus actividades y ejercicios. Al practicar ejercicios pueden utilizar pequeñas bolsas por comodidad y apariencia. Los deportes de contacto que pueden traumatizar al estoma, como el fútbol, judo, lucha deben ser desalentados.

Viajes: Al viajar siempre deben llevarse elementos de reserva para ostomía. Si se hacen irrigaciones deben usarse agua destilada o embotellada.

5 Discusión-Conclusión

- ☒ Un estoma u ostomía es la comunicación, mediante una intervención quirúrgica, de una víscera hueca con el exterior.
- ☒ La enfermera debe estar familiarizada con los sistemas y dispositivos, para poder ayudar a los pacientes ostomizados a escoger el que mejor se adapte a sus características.
- ☒ Las complicaciones del estoma afectan a la calidad de vida del ostomizado. Se estima que alrededor del 50% de los pacientes portadores de una ostomía presentarán algún tipo de complicación.
- ☒ La realización de una ostomía es algo que afecta a la persona en todas sus dimensiones: física, psicológica y social.
- ☒ El cuidado al paciente ostomizado debe ser aportado por profesionales formados.
- ☒ El marcaje prequirúrgico mejora la calidad de vida del paciente ostomizado.
- ☒ Es importante fomentar el autocuidado durante la estancia hospitalaria, para que el paciente adquiera autonomía durante este periodo, y, una vez dado de alta, sea autónomo.
- ☒ La falta de apoyo profesional, social y familiar puede llevar a los pacientes ostomizados a estados depresivos.
- ☒ Los pacientes que no reciben atención por profesionales formados precisan más ingresos hospitalarios y reintervenciones, son más dependientes, y se sienten ansiosos y deprimidos más habitualmente.
- ☒ Los cuidados de calidad hacen posible que disminuyan notablemente los costes sanitarios.
- ☒ La enfermera comunitaria tiene una posición privilegiada para proporcionar un cuidado óptimo al paciente ostomizado y a su familia.

6 Bibliografía

1. De Miguel Velasco M, Jiménez Escovar F, Parajó Calvo A. Estado actual de la prevención y tratamiento de las complicaciones de los estomas. 2014 ; 92(3): 149-56.
2. Campillo Martínez J. Estudio “Stoma Life”. Calidad de vida en los pacientes ostomizados un año después de la cirugía. Metas Enferm [Revista en Internet]. 2015 ; 18(8): 25-31.
3. Mendes Coqueiro J, De Souza Jesuíno Rodrigues P, Martins de Figueiredo TA.

Care production for the ostomized user: considerations of the nursing team. J Nurs UFPE [Revista en Internet]. 2015; 9(6): 8148-55.

Capítulo 45

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON VIH

ELENA MOROTE CUMPLIDO

ANA ISABEL ALMENA FRANCO

MARÍA DEL CARMEN CÁMARA SEVILLA

MARÍA GEMA ORTIZ CAÑAMARES

M. PILAR NOVALBOS GOMEZ

1 Introducción

El VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) es un virus que ataca el sistema inmunitario del cuerpo. Es un virus que si no se trata puede desencadenar SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida). Es una enfermedad de transmisión sexual, además una de las más importantes.

En la actualidad no existe una cura para ella. Una vez que el paciente se contagia de VIH, estará presente toda la vida.

Sin embargo, con la atención médica adecuada, se puede controlar los síntomas. Las personas con infección por el VIH que reciben el tratamiento eficaz pueden tener una vida larga y saludable, y proteger a sus parejas

Se sabe que el contagio por VIH en los seres humanos debió proceder de algún tipo de chimpancé de África Central. Todo esto ocurrió hacia finales del siglo XIX, según diversos estudios, momento en el cual el virus paso de los chimpancés a los seres humanos.

Es posible que las personas que cazaran estos animales tuvieran un contacto directo con la sangre y los fluidos corporales infectados y así se produjera el contagio.

Poco a poco el virus se fue extendiendo por África y posteriormente al resto del mundo a lo largo de varias décadas.

Muchas personas, tienen síntomas similares a los de la influenza (gripe) dentro de las 2 a 4 semanas de haberse infectado. Estos síntomas pueden durar algunos días o varias semanas. Fiebre, dolor de garganta, inflamación de ganglios linfáticos, dolores musculares, escalofríos y fatiga son algunos de ellos.

La progresión del VIH tiene tres fases según los síntomas que se presenten.

Fase 1: Infección aguda por VIH. Estos pacientes tienen síntomas similares a los de la gripe, tienen gran cantidad del virus en la sangre y son muy contagiosas.

Fase 2: Infección crónica por VIH. El virus está activo y puede seguir siendo contagioso. El paciente puede no presentar síntomas. Con el uso de medicamentos es posible que no llegue a pasar nunca a la fase 3.

Fase 3: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). La fase más grave de la infección. Pueden transmitir la enfermedad fácilmente, el sistema inmunitario está muy dañado y pueden contraer fácilmente otras enfermedades.

2 Objetivos

- Asistir y ayudar a los afectados por el Síndrome de Inmunodeficiencia
- Adquirir, proporcionándoles información, asesoramiento y apoyo social y/o económico
- Proporcionar la información adecuada sobre Centros Asistenciales que ofrezcan la cobertura necesaria a los problemas que tienen las personas afectadas por el SIDA

3 Metodología

Para la realización de esta revisión bibliográfica se ha buscado información en guías y planes de cuidados. Se han visitado páginas web en la que se habla del tema del VIH y Sida. Páginas como Pubmed y Scielo han sido de gran ayuda, ya que contiene mucha información acerca de los tratamientos a seguir.

También se han visitado guías de enfermería en cuidados especiales para enfermos de sida.

Se han incluidos artículos en español e inglés y que estuvieran actualizados y se han descartado artículos en otros idiomas o que estuvieran obsoletos.

Palabras clave: VIH, SIDA, Transmisión y tratamiento.

4 Resultados

Para la salud pública, el VIH es uno de los mayores problemas de salud. Más de 40 millones de personas han fallecido en el mundo a causa de esta enfermedad. De hecho, a día de hoy existen ciertos países en los que la enfermedad está en aumento. Si bien, esta sigue presente en todos los países del mundo.

Como ya dijimos, el VIH no tiene cura, pero si se puede seguir un tratamiento para que estos pacientes tenga una calidad de vida satisfactoria intentando que los síntomas les causen el menos daño posible y le afecta a su vida diaria.

Un tratamiento y una atención eficaz pueden evitar infecciones oportunistas, que en este caso es uno de los mayores riesgos de este virus. Aunque sea una enfermedad crónica, es tratable y permite que las personas que la padecen puedan vivir muchos años con buena salud.

-El riesgo de infección puede reducirse mediante el uso de preservativos masculinos o femeninos durante las relaciones sexuales, la realización de pruebas de VIH y de otras infecciones de transmisión sexual, la circuncisión quirúrgica masculina voluntaria y el uso de los servicios de reducción de daños para los consumidores de drogas inyectables.

El médico también puede proponer la administración de medicamentos o el uso de dispositivos médicos que ayudan a prevenir el VIH, como:

- antirretrovíricos (ARV), como profilaxis anterior a la exposición por vía oral y productos de acción prolongada;
- anillos vaginales de dapivirina;
- cabotegravir inyectable de acción prolongada.

Debemos destacar que hay ciertos comportamientos que aumentan considerablemente el riesgo de contraer el virus. Las relaciones sexuales sin protección o algunas enfermedades de transmisión sexual (ETS), así como, en el caso de la drogadicción, compartir agujas, jeringuillas u otros materiales utilizados para el suministro que pudieran estar contaminados pueden influir de manera notable en el contagio.

En ocasiones, el personal sanitario está expuesto a estos peligros tras pincharse de forma accidental con un algún elemento contaminado de un paciente portador de la enfermedad.

El VIH puede diagnosticarse mediante pruebas de diagnóstico rápido que ofrecen resultados el mismo día. Esto facilita enormemente el diagnóstico precoz y permite iniciar la prevención y el tratamiento.

La infección por el VIH no tiene cura, pero el TAR (antiretrovirales) detiene la multiplicación del virus.

Los TAR actuales no curan la infección, pero impiden que el sistema inmunitario se debilite progresivamente y le permiten seguir luchando contra otras infecciones. Así mismo, deben tomarse diariamente de por vida.

El TAR reduce la cantidad de virus presentes en el organismo, lo cual detiene los síntomas y permite tener una vida plena y saludable. Los pacientes con VIH que estén tomando TAR y no tengan virus detectables en la sangre no contagiarán a sus parejas sexuales.

A las mujeres embarazadas, portadoras del virus también se les recomienda tomar el tratamiento cuanto antes, ya que así protegerá su salud y la de su bebé incluso y si sobre todo cuando existe alimentación mediante lactancia materna.

Cuando se administra antes de una posible exposición al VIH se denomina profilaxis previa a la exposición, y cuando se administra después, profilaxis posterior a la exposición.

El VIH sigue siendo un problema en la lucha contra este virus. La OMS está ayudando a los países a aplicar algunos programas de atención a la enfermedad avanzada por el VIH a fin de reducir los síntomas y las defunciones, así como, el desarrollo de nuevos medicamentos contra el VIH que en el futuro podrían cambiar el TAR y la profilaxis, en particular formulaciones inyectables y tratamientos breves para infecciones oportunistas.

5 Discusión-Conclusión

El VIH es una enfermedad que afecta a muchas personas en la actualidad y que acarrea muchas consecuencias negativas tanto en la salud como en la vida social, familiar y laboral.

Y que hablar de la discriminación que sienten estas personas a parte de la vergüenza que ellos mismos sienten al tenerla.

Todos esto lleva a la necesidad la inclusión efectiva de los portadores del VIH en todos los ámbitos de nuestra sociedad, sobre todo, en el ámbito laboral, ya que todos tenemos derecho a un trabajo digno.

A nivel de la asistencia primaria, el desarrollo de actividades de promoción, prevención y restauración de la salud entre los diversos sectores de la población y fundamentada en una labor educativa que tenga como líneas principales la in-

formación, capacitación, educación, investigación, comunicación y consejería, es una de las cosas más importantes que deberíamos realizar.

Es por esto, que considero imprescindible contar con los recursos humanos necesarios y capacitados en esta lucha. Aquí la enfermería ocupa un lugar insustituible y destacado. Es importante el cumplimiento de actividades educativas que logren influir sobre una multitud de factores, ligados a comportamientos individuales a cada paciente.

Un aspecto básico de la prevención de la transmisión sexual es la promoción del concepto de sexo seguro, así como el control y seguimiento de los casos con tratamiento que garanticen la indispensable adherencia y eficacia al régimen terapéutico.

6 Bibliografía

- Casanova Carrillo C, Hernández Martínez B. La infección hospitalaria y el enfermero de vigilancia epidemiológica. *Index de Enfermería*. 2002; XI (39): 40-43.
- Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312(7023): 71-2.
- GORDILLO, V. (1996 b) SIDA y mujer: ¿es posible una prevención más eficaz?, *Medicina Clínica*, 106, pp. 734-6

Capítulo 46

RIESGO CARDIOVASCULAR: FACTORES DE RIESGO Y CÁLCULO DEL MISMO

ZULEMA DIAZ RUIZ

1 Introducción

Las enfermedades cardiovasculares son reconocidas como un problema de salud pública en los países en desarrollo y esto ocurre conforme pasa el tiempo con mayor importancia. Esto es debido al incremento en las tasas de mortalidad y en la prevalencia de sus factores de riesgo, los cuales son indicadores de magnitud. Para poder hacer frente a esta situación, se considera importante tanto la prevención primaria de la propia patología como la calidad asistencial brindada a los pacientes por parte del sistema público de salud.

Los factores de riesgo los podemos definir como aquellos hábitos que aparecen con una frecuencia elevada en paciente con una determinada enfermedad. En pacientes asintomáticos, la aparición de una afección cardiovascular suele aparecer ligada a la presencia de dos o más de dichos factores.

En España los factores de riesgo asociados a las enfermedades cardiovasculares son elevados.

El 24,4% de los mayores de 16 años fuma. Al tabaco se le atribuyen una media de 51.870 muertes anuales, siendo la primera causa de muerte y enfermedad evitable en la población española. Por otro lado, la mitad de la población tiene colesterol elevado en sangre, esto se relaciona con el aumento de la obesidad, combinación que conlleva a la producción de dislipemia, diabetes e hipertensión

arterial. Además el tiempo dedicado a la realización de ejercicio físico semanalmente por la población del país es el segundo más bajo de la Unión Europea.

Estos datos poseen una gran importancia debido a que la actividad física regular junto a la abstinencia tabáquica, constituyen la medida para la promoción de la salud mas importante. Ya no solo por los evidentes beneficios

Como ya hemos mencionado, la aparición de estas enfermedades se relaciona con el estilo de vida y los factores de riesgo que se presentan, y su control puede disminuir el tiempo de aparición de la enfermedad. A la hora de establecer dicho control para determinar el riesgo, han sido desarrollados varios modelos, estos pueden ser cualitativos o cuantitativos. Ambos se basan en la suma de los factores de riesgo, pero mientras que los primeros clasifican al individuo en riesgo leve, moderado o alto; los segundos nos dan una cifra que sería la probabilidad de, en un periodo de tiempo concreto, presentar un evento cardiovascular.

El modelo Framingham evalúa la probabilidad de un individuo de sufrir un infarto agudo de miocardio o muerte coronaria en 10 años. El proyecto REGICOR, es una adaptación de este modelo para su uso en la población de nuestro país mediante la calibración de su función, una diferencia es que su predicción de eventos coronarios es para un tiempo de 5 años, no 10. El modelo SCORE, además de las enfermedades coronarias, estima el riesgo de sufrir cualquier proceso cardiovascular aterotrombótico, únicamente valorando el riesgo de complicaciones mortales.

Estas tablas de riesgo disponibles actualmente son un método bastante impreciso a la hora de predecir el riesgo individual, por lo que se recomienda utilizar sus resultados como aproximación y no como verdad absoluta.

2 Objetivos

Conocer el comportamiento y validez de las herramientas para la medida del riesgo cardiovascular.

Determinar los factores de riesgo principales para la aparición de enfermedades cardiovasculares.

Determinar las medidas de prevención primaria del riesgo cardiovascular realizadas por la población de nuestro país.

3 Metodología

Para la realización de este proyecto se ha extraído conocimiento en fuentes de información primaria a través de bases de datos como PubMed o Medline, así

como en Scielo o la Revista Española de Salud Pública.

Finalmente se seleccionaron 29 artículos que cumplieran con los objetivos planteados, de estos fueron 6 los seleccionados para este estudio a través de la estrategia de búsqueda: “Riesgo cardiovascular” AND “factores de riesgo” AND “prevención”.

4 Resultados

El riesgo cardiovascular conforma sin duda uno de los principales problemas de salud pública. Los principales factores de riesgo conocidos en nuestro país del riesgo cardiovascular son: el tabaquismo, siendo este la principal causa de morbilidad y mortalidad en España, la diabetes, la hipertensión arterial y la edad y el sexo. Estos últimos se nos escapan en ocasiones y, gracias a numerosos estudios, es sabido que el riesgo de sufrir un accidente cardiovascular es directamente proporcional al aumento en la edad de una persona. Y en cuanto al sexo, debido a las diferencias hormonales que existen entre ambos, presentan variaciones en la presentación de ciertas condiciones y en la prevalencia de esta, que incluyen algunos como, por ejemplo, la HTA o la diabetes, apareciendo esto reflejado en la tasa bruta de enfermedades de este tipo, en la que las mujeres superan con un porcentaje del 55% a los hombres.

Teniendo en cuenta la importancia de la prevención primaria de estas enfermedades, se han desarrollado modelos clasificados como “novedosos”, basados en aquellos tradicionales que se suponen obsoletos para la población actual, dentro del primer grupo aparece el determinado “edad del corazón”, el cual es un modelo basado en la escala de riesgo Framingham, ya mencionada anteriormente.

La edad del corazón es definida como la edad que se le asignaría a un paciente con los factores de riesgo controlados y con cifras dentro de la normalidad. Este modelo surge con el fin de conseguir que los individuos, sobre todo aquellos más jóvenes, a los que va dirigido tengan una adherencia mayor a las recomendaciones realizadas desde su equipo de atención primaria. Ciertamente es que ya existen estudios que demuestran el cumplimiento de este objetivo corroborando que, una vez que las personas informadas de esta manera y que comprenden su situación real, mejoran tanto sus hábitos de vida como sus cifras con una frecuencia más elevada que aquellos cuya información se transmite de la manera tradicional de nuestro sistema de salud.

5 Discusión-Conclusión

Las enfermedades cardiovasculares conforman sin duda uno de los problemas de salud más importantes , y la prevención de estas es la forma esencial para contribuir a la reducción tanto de la morbilidad como de la mortalidad causada por las mismas a nivel mundial, esta se basa en la “medicina del estilo de vida” , la cual se ocupa de la intervención de los profesionales en las diferentes determinantes de salud y factores tanto del comportamiento como clínicos o terapéuticos, para de esta manera lograr una mejora en la salud y en la calidad de vida del paciente. Para lograr lo mencionado anteriormente es necesario dotarse de un marco referencial viable y adoptar los criterios e indicadores que nos marcan para garantizar su efectividad.

Cierto es que actualmente , el modelo que se adecua con mayor precisión a la población hacia la que va dirigida, sería el conocido como “edad del corazón” pues, como ya hemos mencionado, es el que más adherencia ha creado gracias a que genera una comprensión y entendimiento por parte del paciente que el resto de modelos no había logrado generar.

6 Bibliografía

1. Vera-Remartínez Enrique J., Lázaro Monge Rocío, Granero Chinesta Salvador, Sánchez-Alcón Rodríguez Diego, Planelles Ramos Manuel Vicente. Factores de riesgo cardiovascular en adultos jóvenes de un centro penitenciario. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2018 [citado 2023 Oct 03] ; 92: e201807037. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272018000100416&lng=es . Epub 06-Jul-2018.
2. Quílez Guerrero S.C., Quílez Caballero E., Pichoto Urbano J.L.. Eficacia de la Sanidad Militar en la prevención cardiovascular del contingente de Melilla: relevancia de la Telemedicina. Sanid. Mil. [Internet]. 2014 Sep [citado 2023 Oct 03] ; 70(3): 147-156. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1887-85712014000300004&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/S1887-85712014000300004>
3. Whelton PK, Carey RM et al. Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation and Management of High Blood Pressure in Adults. Hypertension [Internet]. 2018 [citado 03 Oct 2023]; 71 (6): 1269-1324. Doi:10.1161/HYP.0000000000000066. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29133354>
4. Gil Montalbán Elisa, Zorrilla Torras Belén, Ortiz Marrón Honorato,

- Martínez Cortés Mercedes, Donoso Navarro Encarnación, Nogales Aguado Pedro et al . Prevalencia de diabetes mellitus y factores de riesgo cardiovascular en la población adulta de la Comunidad de Madrid: estudio PRED-IMERC. *Gac Sanit* [Internet]. 2010 Jun [citado 2023 Oct 03] ; 24(3): 233-240. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112010000300010&lng=es
5. Pardell Alenta H, Armario García P, Hernández del Rey R. Tabaco, presión arterial y riesgo cardiovascular. *Hipertens Riesgo Vasc* [Internet]. 2003 [03 Oct 2023]; Volumen 20: 226-233. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1889-1837\(03\)71387-7](https://doi.org/10.1016/S1889-1837(03)71387-7)
6. Álvarez Cosmea Artemio, Díaz González Luis, López Fernández Vicente, Prieto Díaz Miguel Angel, Suárez García Saúl. Comparación de los modelos SCORE y Framingham en el cálculo de alto riesgo cardiovascular para una muestra de varones de 45 y 65 años de Asturias. *Rev. Esp. Salud Publica* [Internet]. 2005 Ago [citado 2023 Oct 03] ; 79(4): 465-473. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272005000400004&lng=es
7. Muñoz Gualan AP , Muñoz G. Cuantificación del riesgo de enfermedad cardiovascular, según el score Framingham, en el personal militar durante el año 2015. *REMCB* [Internet]. 2018 [citado 03 Oct 2023]; 39 (1): 31-37. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6487385>
8. del Río Caballero Germán, de Dios Lorente José Arturo. Prevención cardiovascular y promoción de salud. *MEDISAN* [Internet]. 2014 Feb [citado 2023 Oct 03] ; 18(2): 287-298. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000200020&lng=es

Capítulo 47

INTOXICACIONES AGUDAS QUE PRECISAN EL SERVICIO DE URGENCIAS O INGRESO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

MARTA ALONSO GONZÁLEZ

1 Introducción

Las intoxicaciones agudas son muy antiguas, las primeras investigadas datan del siglo XVIII, lo que implica que las personas ya han tenido riesgo ante diversos tipos de venenos (1-3).

Un rasgo a destacar es la intencionalidad, que es el riesgo de exposición al tóxico de forma voluntaria y en busca de un fin, se distinguen entre suicidas y por consumo de drogas. El suicidio consiste en la actuación humana de autolesionarse para perder la vida, a nivel mundial está entre las 10 primeras causas de muerte; actualmente hay un aumento, ya que cada día más de 1000 personas se suicidan en el planeta y lo intentan varios miles sin tener en cuenta la religión, cultura o estatus económico (4).

La intoxicación de manera intencionada supone un problema de salud a escala mundial teniendo en cuenta el aumento de la morbilidad y la relevancia social que implica (5,6). Es fundamental que el diagnóstico sea rápido y eficiente para evitar la muerte o secuelas graves en los pacientes, entre el 3 y el 7% necesita ingreso en la unidad de cuidados intensivos, lo que supone un peligro importante

para la salud, además de destinar enormes gastos económicos en todo el mundo, cuestiones que se podrían evitar con la aplicación de acciones de prevención (7).

La atención de la persona intoxicada debe ser multidisciplinar al ser necesaria la implicación de varios especialistas, incluido el psiquiatra, siendo imprescindible dicha especialidad debido a que un alto porcentaje de las intoxicaciones voluntarias que llegan al hospital son intentos de suicidio. Las sustancias que más intervienen en las intoxicaciones son analgésicos y psicofármacos.

Las intoxicaciones graves van aumentando en nuestro país, suponen un 0,6% del total de ingresos que se producen en las urgencias y un 2% en los servicios de medicina interna (8). Asimismo, en los últimos años ha tenido lugar un aumento de la edad media de los pacientes intoxicados (9), con una mortalidad inferior al 0.2%, debido a la favorable evolución clínica. Existen pocas publicaciones en España que estudien las características de los pacientes intoxicados.

Las intoxicaciones producidas por el consumo de drogas afectan a todos los niveles de la vida, desde las relaciones familiares y amigos hasta el nivel profesional y legal, además, la persona se perjudica tanto a nivel físico como psíquico.

Asimismo, el consumo de drogas, a la sociedad le repercute en su sistema sanitario y en cuestiones sociales y económicas, por ello es necesario implantar acciones de prevención y reinserción para mitigar los efectos de las drogas (10).

2 Objetivos

- Determinar y valorar a los pacientes con intoxicación aguda como consecuencia de intento suicida.
- Estudiar la epidemiología de las intoxicaciones agudas que requieren ingreso en UCI.

3 Metodología

Se llevó a cabo la recogida de información de la base de datos del servicio de urgencias del Hospital Universitario de Toledo, de las cuestiones más destacables de las historias clínicas de los pacientes atendidos por intoxicación aguda por intento suicida.

Las variables obtenidas de los pacientes han sido: sexo, edad, antecedentes clínicos y psiquiátricos, ocupación, síntomas, tipo de tóxico ingerido, información relativa al consumo, en qué unidad ha sido ingresado, en su caso, así como el tratamiento prescrito.

Con estos datos se ha completado una hoja de cálculo para valorar y comparar la información más importante y estudiar las características epidemiológicas.

4 Resultados

De los pacientes estudiados, se ha obtenido una prevalencia de mujeres y un intervalo de edad mayoritaria de 20 a 59 años, solamente un porcentaje mínimo de personas tenían una edad menor a 20 años, se detecta que las personas de menor edad son varones, mientras las mayores de 40 son mujeres.

Se obtiene que el grupo que prevalece con más intoxicaciones son las amas de casa y el que menos los profesionales. El tóxico más utilizado son los psifármacos y a casi todos los pacientes se les realizó un lavado de estómago en un primer momento.

En el 90% de los casos el ingreso en la UCI tuvo lugar en las primeras 12 horas de la entrada en urgencias, en esta población el 2,7% de los pacientes con intoxicaciones agudas graves ingresa en UCI, aunque según algunos estudios pueden llegar al 4,5% (11), este descenso puede ser debido a un mejor funcionamiento de los servicios de urgencias.

Por lo que respecta a la situación clínica, predominan los síntomas neurológicos, el 75% de los pacientes tenían tratamiento psiquiátrico, llegando la mortalidad al 5,1%.

El examen de los resultados se ha realizado con la aplicación estadística para las ciencias sociales IBM SPSS Statistics versión 24. Las variables continuas que se utilizaron son las medias y desviación típica, analizando las pruebas T-Student para la comparación de medias, además, se describieron frecuencias relativas y absolutas mediante el test Chi Cuadrado de las sustancias ingeridas, observando que el porcentaje mayor de fallecimiento está relacionado con el consumo de tóxicos que ingresaron en la UCI.

Las variables clínicas que muestran diferencias significativas con respecto a los pacientes que ingresan en la UCI son: parada cardíaca, taquicardia elevada, convulsiones llegando incluso al coma. Por otro lado, aparecieron en urgencias sín-

tomas de ansiedad y trastornos psicóticos que no precisan ingreso en la UCI.

De esta manera se han obtenido las conclusiones más importantes sobre las características de los pacientes con intoxicación aguda y que han precisado ingreso en UCI.

5 Discusión-Conclusión

Las intoxicaciones agudas suponen una importante urgencia médica, por lo que es fundamental controlar el tiempo transcurrido entre el incidente y el tratamiento, ya que con el paso del tiempo la absorción del tóxico aumenta, lo que indica que la intervención en el nivel de atención primaria es crucial.

En base a los resultados obtenidos, sería conveniente la realización de estudios toxicológicos para implantar procedimientos en UCI, así como fijar unas variables de estudio para profundizar en el conocimiento de este tipo de pacientes y de esta manera realizar unas pautas de tratamiento adecuadas.

En conclusión, se pueden deducir los siguientes resultados:

- Una intoxicación frecuente es el consumo de drogas.
- Los pacientes habituales son adultos jóvenes.
- Lo más habitual es que los pacientes vayan al servicio de urgencias en ambulancia.
- Un bajo porcentaje ingresa en UCI.
- Los síntomas más habituales son: agitación, ansiedad y trastornos psicóticos.
- En la mayoría de los casos se lleva a cabo y confirmación analítica.

Dada la importancia de este problema, se pretendió caracterizar y valorar a los pacientes que pasan por los servicios de urgencias o UCI, con intoxicación aguda, imputable en algunos casos a intentos suicidas.

6 Bibliografía

1. Alfonso CA, Blandón Rodríguez AM. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Intento de suicidio. Bogotá: Instituto Nacional de Salud; 2017 [citado 02/10/2018]. Disponible en: <http://www.cali.gov.co/salud/publicaciones/descargar.php?id=42034>.
2. Muñoz Romo R, Borobia Pérez AM, Muñoz MA, Carballo Cardona C, Cobo Mora J, Carcas Sansuán AJ. Eficiencia en el diagnóstico y tratamiento de la intoxicación aguda por paracetamol: análisis de coste-efectividad a través

- de un programa de toxicovigilancia activa hospitalario. *Emergencias*. 2018 [citado 02/10/2018]; 30:169-76. Disponible en: http://emergencias.portalsemes.org/descargar/eficiencia-en-el-diagnostico-y-tratamiento-de-la-intoxicacion-aguda-por-paracetamol-analisis-de-costeefectividad-a-travs-de-un-programa-de-toxicovigilancia-activa-hospitalario/force_download/
- MEDISAN 2019; 23(6):1020.
3. Kemp AM, Clark MS, Dobbs T. Drogas de diseño: Cannabinoides sintéticos. *Am J Med*. 2016 [citado 02/10/2018]; 129 (3): 1-3. Disponible en: http://www.afam.org.ar/textos/drogas_de_diseno.pdf.
 4. Rosales García J, Quesada Castillo Y, Rodríguez Sánchez VZ, Naranjo Rodríguez Y, Pérez Brito G. Complicaciones severas por el uso parenteral del kerosene en intento de autólisis, a propósito de tres casos. *Rev. Med. Electrón*. 2013 [citado 02/10/2018]; 35 (5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242013000500012.
 5. Gárciga Ortega O. Adicciones y violencia. Prevención y tratamiento. La Habana: ECIMED; 2017 [citado 02/10/2018]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/adicciones_violencia_prevencion_ttmo/adicciones_y_violencia_prevencion_tratamiento.pdf.
 6. Garrido González I, Bugarín González R, Machín Fernández AJ. Consumo de drogas en estudiantes de enfermería. *Enfermería Clínica*. 2016 [citado 02/10/2018]; 26 (3): 174-80. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es#!/content/playContent/1-s2.0-S1130862115001837?returnurl=https%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS1130862115001837%3Fshowall%3Dtrue&referrer=>
 7. Brandenburg R, Brinkman S, de Keizer NF, Meulenbelt J, de Lange DW. In-hospital mortality and long-term survival of patients with acute intoxication admitted to the ICU. *Crit Care Med*. 2014 [citado 02/10/2018]; 42 (6): 1471-9. Disponible en: https://www.eapcct.org/publicfile.php?folder=congress&file=Abstracts_Malta.pdf.
 8. Ojuel Gros T, Lopez Nunez C, Medina Vivas RS, Monton Dito JM, Valdovinos Mahave C, Torralba Allue JC. Intoxicaciones agudas graves en UCI: rasgos epidemiológicos, clínicos y estándares de tratamiento. *Atalaya Medica Turolense*. 2017;11:28-35.
 9. Mir AS, Nogue Xarau S, Alcaraz Penarrocha RM, Moran Chorro I, Montero Clavero FJ, Palomar Martinez M, et al. Evolucion de las intoxicaciones en las unidades de cuidados intensivos españolas: comparacion de 2 periodos. *Med Intensiva [Internet]*. 2020.
 10. Marconi A, Di Forti M, Lewis CM, Murray RM, Vassos E. Meta-Analysis of

the association between the level of cannabis use and risk of psychosis. *Schizophr Bull.* 2016;42(5):1262–9.

11. Ojuel Gros T, Lopez Nunez C, Medina Vivas RS, Monton Dito JM, Valdovinos Mahave C, Torralba Allue JC. Intoxicaciones agudas graves en UCI: rasgos epidemiologicos, clínicos y estandares de tratamiento. *Atalaya Medica Turolense.* 2017;11:28-35.

Capítulo 48

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTE LA LESIÓN MEDULAR: UN PROYECTO OBSERVACIONAL

MARTA ALONSO GONZÁLEZ

1 Introducción

La lesión medular (LM) es uno de los accidentes que produce problemas físicos y funcionales para toda la vida, la persona implicada tiene que hacer frente a situaciones de estrés no solamente relacionadas con una insuficiencia física, sino también con problemas psicológicos, sociales y económicos, ante esta situación cada paciente actuará de la mejor manera posible para buscar una buena adecuación a su nueva manera de vivir.

Dada la importancia de esta lesión se han realizado infinidad de análisis científicos en todas las partes del mundo, según se desprende de los estudios de Guttman (1-2) y Mazaira (3). Es evidente que la LM supone importantes implicaciones, no solo para quien la sufre sino también para los familiares que la padecen de forma indirecta.

Se hace mención a los aspectos teóricos de la LM y las variables psicosociales que se padecen con la misma. Se estudia la etiología y epidemiología de la LM, con análisis de algunas referencias al número de personas que la padecen, desgranando las herramientas más usadas para valorar la LM y sobre todo especificando los parámetros que afectan a la depresión, destacando la adaptación y el afrontamiento ante la LM.

Asimismo, se indican varias opciones para deducir el nivel de depresión y se hace referencia a los cuestionarios de Pelechano para la investigación de la forma de

afrontar la LM, además, se van a mencionar algunos parámetros psíquicos, según la personalidad y la autodeterminación, con el afrontamiento, siendo importante avanzar en el análisis de este último ante la falta de modelos empíricos admitidos. En lo que respecta al trabajo de exploración se va a realizar un estudio observacional basado en evaluar la fortaleza mental de los individuos que padecen LM, con el fin de obtener las mejores técnicas específicas que se pueden utilizar con los que padecen esta lesión para avanzar en el desarrollo de su adecuación, así como los elementos que les afectan.

2 Objetivos

- Establecer y analizar las estrategias de afrontamiento en las personas con LM, así como estudiar la conexión de dichas estrategias con otros elementos como la depresión.
- Confirmar si los niveles de alteración psíquica se modifican según las características del grupo población como puede ser el sexo, edad y lugar de nacimiento, así como de factores médicos.

3 Metodología

La planificación para obtener información sobre las cuestiones planteadas se ha llevado a cabo en los siguientes sistemas informáticos: Scielo, Wholis, Cuiden, Redalyc, Google Académico y Medline, con las combinaciones de palabras como: “daños medulares”, “ansiedad”, “trastorno mental”, “conductas de afrontamiento” o “adaptación” y utilizando operadores booleanos. El artículo está referido a la ansiedad y a la manera de hacer frente a la LM, así como a la descripción, clasificación y epidemiología de dicha lesión.

En base a lo indicado, se han seleccionado para el presente trabajo 68 artículos en castellano, 53 artículos en inglés, 3 libros y 9 tesis doctorales.

El plazo que se considera para el estudio es de catorce meses, se tratará de un estudio observacional correlacional y transversal, con el fin de concretar en un determinado momento, sin que haya ampliación del mismo, las estrategias de afrontamiento de los pacientes que padecen LM y su influencia por otros agentes psíquicos no derivados de la dolencia de la lesión.

El análisis irá enfocado a recopilar información del comportamiento de los parámetros que participan como determinantes para hacer frente a la LM, sin que intervenga el analista, por esta circunstancia se ha optado por este tipo de trabajo.

4 Resultados

El proceso de los datos se ha realizado mediante la plataforma de software estadístico para el campo de la salud IBM SPSS Statistics v. 24, por medio de las siguientes funciones: a) Análisis de frecuencias acumuladas y tabulación cruzada de los diversos parámetros cuantitativos y cualitativos, además del estudio de la varianza y medias. b) Cotejar el afrontamiento anterior y actual, por medio del coeficiente alfa de Cronbach. c) Obtener cuartiles y realizar estudio de conglomerados. d) Realizar la correlación lineal para componente cualitativos. e) Correlación de pruebas no paramétricas. f) Estudio comparativo mediante tablas de contingencia. g) Análisis bivalente por medio de test T de diferencia medias o test de Kruskal-Wallis. h) Predecir resultados numéricos, como la regresión lineal, con análisis factoriales. i) Utilizar los datos para obtener una elevada variedad de histogramas y esquemas. j) Realización de encuestas para obtener información de los pacientes y de esta manera tener una visión realista para sacar conclusiones correctas.

De esta forma se han sacado las conclusiones más relevantes sobre la depresión producida por la LM, así como la alteración psicológica producida y las estrategias para el afrontamiento.

Son muchas las preguntas sin contestar sobre la aparición de problemas mentales tras padecer la LM y su repercusión en el desarrollo de adaptación, con el presente proyecto se pretende examinar y analizar las estrategias de afrontamiento en los sujetos con LM, así como estudiar la relación de dichas estrategias con otros factores como la depresión.

El objetivo está basado en un proyecto con diseño observacional y en el análisis de los factores que pueden intervenir, en más o menos dimensión, en la implantación de un adecuado afrontamiento ante las lesiones que se padecen.

5 Discusión-Conclusión

Está claro que no existe un patrón para reaccionar ante la problemática de una lesión medular, cada persona actuará de acuerdo a su manera de ser, experiencias vividas y circunstancias que le rodean.

Esta lesión termina con la vida habitual y difumina el futuro que tienes en mente, ya que lo destruye por completo, lo que provoca una gran tristeza y no se puede evitar el pensar en la opción de la muerte como alternativa, antes de vivir de esta manera.

Es evidente que aumenta el agobio y el miedo a perder todo lo que se tiene, como

puede ser el trabajo, la pareja y amigos, en definitiva, a no tener independencia, lo que implica que para las tareas diarias como vestirse o lavarse es necesaria la ayuda de otra persona. Todas estas circunstancias ocasionan en el paciente sentimientos de inseguridad y miedo que provocan el aislamiento de su entorno. El abatimiento hará mella antes o después, e incluso se pasará por la cabeza el intento de suicidio.

Las personas afectadas por una LM viven una situación grave que les obliga a adaptarse a muchas limitaciones, tanto físicas como psicológicas, algunos estudios opinan que se ha prestado poca atención a los aspectos específicos del afrontamiento en el campo sanitario (4-5), quizás lo más destacable sea que un elevado número de pacientes consiguen seguir adelante con su vida diaria sin muchas complicaciones psíquicas.

6 Bibliografía

1. Guttmann L. Historical background. In: Guttmann L ed. Spinal cord injuries: comprehensive management and research. 2 Ed. Oxford: blackwell Scientific Publications; 1976; 1-9.
2. Guttmann L. Lesiones Medulares: Tratamiento global e investigación. Barcelona: Ed. Jims; 1981 (Versión española de la 2ª ed. de Spinal Cord Injuries: Comprehensive Management and Research. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1976).
3. Mazaira J, Labarta MC, Rufo J, Romero J, Alcaraz MA, Aponte A, et al. Epidemiología de la lesión medular de 8 Comunidades Autónomas. 1974-1993. Médula Espinal. 1997; 3:28-57.
4. Pelechano V, Matud P, De Miguel A. Habilidades de afrontamiento en enfermos físicos crónicos. Análisis y Modificación de Conducta. 1993; 19 (63), 91-149.
5. Ehlers A, Stangier U, Dohn D, Gieler U. Cognitive factors in itching: Development and validation of a questionnaire. Verhaltenstherapie. 1993; 3(2), 112-119.

Capítulo 49

LA LESIÓN MEDULAR EN SITUACIONES DE EMERGENCIA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

MARTA ALONSO GONZÁLEZ

1 Introducción

La atención en el ámbito prehospitalario de una lesión medular es prioritaria, debido a que el 25% de la lesión puede extenderse después de los daños iniciales (1,2), de ahí la necesidad de los conocimientos adecuados para la correcta exploración, aplicación de las maniobras de movilización del paciente, maniobrar convenientemente la vía aérea o la administración de los fármacos necesarios, ya que todavía no hay evidencia científica de que determinados tratamientos sean eficaces ante la previsión de una lesión medular (3).

Me gustaría destacar el imprescindible papel que realiza la enfermería en las urgencias prehospitalarias cuando se prevé una lesión medular, concretamente una adecuada formación de enfermería implica que se produzcan unos menores daños e incluso se disminuya la mortalidad, aunque hay algunos autores que dudan sobre la contribución del trabajo de la enfermera ante este tipo de pacientes (4).

Las emergencias son sucesos que no se pueden prever y cuando dichos sucesos derivan en una incapacidad producida por una lesión grave como es la medular, las consecuencias que se van a producir en el accidentado son terribles, desde un cambio radical en tu manera de vivir hasta incluso producir la muerte (5), por lo tanto, se pretende elaborar un documento con una serie de medidas que sirva de

referencia ante la previsible emergencia de un traumatismo medular, mediante la evaluación de los daños convenientemente y sobre todo que sus consecuencias sean lo menos impactante posible.

Hay que mencionar la incidencia de las lesiones medulares en los deportes de motor y la manera de abordarlas, dado que una incorrecta actuación en la valoración o inmovilización puede acarrear daños y complicaciones irreversibles que se van a sufrir toda la vida (6).

Según estudios epidemiológicos la lesión medular oscila entre 236 y 1.009 casos por millón de habitantes a nivel mundial (7), en nuestro país, está cerca de los 1.000 afectados, lo que supone un total de 30.000 personas que padecen la lesión (8).

Hay varios procedimientos para efectuar la inmovilización de la columna, pero entre los profesionales hay disputas para llegar a la conclusión de qué método es el más conveniente, asimismo, es importante destacar la habilidad que hay que poseer para aplicar la técnica y el dispositivo adecuado. Con este trabajo se pretende cotejar la operatividad de las diferentes técnicas y lo que implica el nivel de formación de los sanitarios.

El profesional de enfermería en emergencias tiene que tener una actitud apropiada y poseer la capacidad necesaria para cumplir su función, así como pericia, seguridad y valores morales, de esta manera se consigue una organización concreta encaminada a cubrir las carencias del paciente.

La atención de enfermería tiene que ser de manera integral y continua, no un sistema graduado. La base de nuestro trabajo tiene que ser el paciente, no las técnicas que aplicamos, de esta manera un individuo no cambia de unos centros sanitarios a otros, aunque tenga distintas patologías (9).

El trabajo del enfermero es prioritario en el manejo preliminar al lesionado, hay que tener en cuenta que los cuidados se tienen que aplicar lo antes posible, de esta manera desciende la mortalidad e incrementamos el nivel de prestigio.

La lesión medular ocasiona al año una gran morbilidad sobre todo en personas jóvenes, es el principal motivo de muerte en personas con edad por debajo de los 45 años, hay que significar que estas lesiones provocan una elevada cifra de incapacidades, así como trastornos permanentes, por este motivo exige una actuación organizada y diligente (10, 11).

La mitad de las muertes tienen lugar en la primera hora del accidente, por lo tanto, en el ámbito prehospitalario los profesionales de emergencias son los principales actores, por esta circunstancia precisan de destreza y un perfecto acoplamiento en la zona del accidente (12,13).

2 Objetivos

- Identificar el diagnóstico de lesión medular por parte del personal de enfermería en el ámbito prehospitalario.
- Analizar las maniobras de movilización ante una posible lesión medular en una situación de emergencia.
- Justificar la necesidad de una completa formación para el manejo correcto del lesionado medular en situación de urgencias o emergencias.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica narrativa de textos que tienen relación con la lesión medular en la atención de urgencias o emergencias, es decir, en el área de la asistencia prehospitalaria. Para obtener la información se ha accedido a distintas bases de datos como Pubmed, Dialnet Plus, Google Académico, Medline, Recolecta y Scielo, empleando términos clave seleccionados mediante tesauros (MeSH) como “lesión medular”, “emergencia”, “manejo prehospitalario”, “inmovilización” y “morbilidad” y descriptores (DeCS) para traducir adecuadamente las palabras clave indicadas y enlazadas con los operadores booleanos “OR” y “AND”.

Aunque en las palabras claves seleccionadas no aparece el término “enfermería”, se han llevado a cabo búsquedas utilizando la mencionada palabra, ya que la revisión bibliográfica se ha enfocado hacia la intervención inicial, ante un lesionado medular, por personal con la categoría de enfermero/a.

En un principio, se incluyeron todos los artículos, completos y no completos, pero ante la gran cantidad de información obtenida se ha optado por filtrar solamente textos completos y gratuitos.

Asimismo, se han utilizado textos más antiguos fuera del rango 2015-2020, por su especial trascendencia, aunque el límite establecido implica que el contenido de los textos se ajuste a los estudios científicos más recientes.

4 Resultados

La asistencia prehospitalaria ante la sospecha de lesión medular exige unos cuidados concretos, por lo que es necesario detectar los síntomas que derivan en dicha lesión medular, como el dolor en la zona lumbar, traumatismo en la cabeza, pérdida de la conciencia, dolor de cuello, dolor en el pecho y problemas neurológicos como la incapacidad para hablar, la disminución de la sensibilidad o pérdida de la memoria (14).

Al detectar dolor derivado de una lesión medular hay que tener precaución porque hay posibilidad de que la lesión tanto cervical, dorsal como lumbar pueda encontrarse en sitios distintos de la ubicación inicial del dolor (14).

La finalidad de la atención prehospitalaria de la lesión medular es disminuir las deficiencias neurológicas, así como prevenir cualquier daño que se pueda derivar de los problemas detectados, para ello es imprescindible actuar de manera apresurada donde se produce el accidente, llevando a cabo el protocolo de atención al politraumatizado, con la evaluación primaria del lesionado se trata de restablecer las funciones básicas, aunque además de conseguir la estabilización se deben minimizar los daños antes de pasar a la atención especializada (15).

Posteriormente se realiza una minuciosa evaluación secundaria por todo el cuerpo, destacando en los posibles lesionados medulares el dolor en la espalda, parálisis, incremento de la temperatura en la piel, entre otros síntomas (16). El resultado de la exploración se debe reflejar de manera minuciosa en el expediente clínico.

En general, ante la sospecha de lesión medular se debería incorporar en la atención prehospitalaria el bloqueo de la columna, para así disminuir una lesión medular secundaria ocasionada por la falta de inmovilización. Con la administración de líquidos y el tratamiento farmacológico termina el cuidado prehospitalario del paciente con lesión medular.

La lesión medular altera los componentes sensoriales y motores de la parte dañada, además del sistema nervioso autónomo. Para precisar el lugar afectado de la columna existe la clasificación neurológica Internacional Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury (17), con estas normas basadas en los elementos sensorial y motor, se generan unas puntuaciones para precisar la gravedad de la lesión. Para este examen se emplean unos instrumentos mínimos y se puede llevar a cabo en cualquier ambiente y situación (18).

Dicho examen se debe de realizar con el lesionado en posición supina, excepto

para la exploración rectal que se puede hacer en decúbito lateral, ante inestabilidad en la columna el lesionado debe ser girado de manera completa para evitar la torcedura de la columna.

El estudio de la función sensorial se lleva a cabo analizando 28 puntos esenciales relativos a 28 dermatomas, en cada uno de ellos se examina el tacto ligero y pinchazo, mediante una escala con 4 valores (ausente, alterada, normal y no evaluable (19).

La parte motora de la lesión medular se analiza por medio del estudio de 11 miotomos pareados (18), la inspección se realiza en posición supina y estabilizando los músculos que se están examinando. Este análisis se lleva a cabo mediante una escala con 6 valores, desde la parálisis total hasta un movimiento normal (20).

Las lesiones más habituales son las cervicales, en las que para el examen inicial se tienen que valorar, clasificar o identificar los siguientes principios (21):

Lesión esquelética.

Lesión neurológica.

Lesiones medulares asociadas.

Lesiones no medulares asociadas.

Prioridades en el tratamiento.

En la Guía de Manejo de Lesiones Vertebrales Cervicales y Lesiones Medulares de la Asociación Americana de Neurocirujanos (American Association of Neurological Surgeons), se dispone de las siguientes sugerencias para el cuidado de las personas con lesión cervical (22): a) En pacientes conscientes se sugiere la reducción temprana cerrada donde existe fractura o luxación. b) No se aconseja la reducción cerrada en lesionados que tienen daño en el rostro. c) En el escenario del apartado a), los pacientes que no han podido examinarse, se les debe practicar una resonancia magnética antes de llevar a cabo la reducción. d) Es conveniente la práctica de resonancia magnética en lesionados que no funciona la reducción cerrada. e) El beneficio de la resonancia magnética en personas con fractura cervical que tienen discos intervertebrales dañados, es dudoso antes de la reducción.

La American Spinal Injury Association (ASIA) distingue cinco clases en la lesión medular que son las siguientes (23): o A. Completa: la función motora o sensorial es nula en los segmentos sacros. o B. Incompleta: hay función sensorial pero no motora por debajo de la lesión. o C. Incompleta: hay función motora y los músculos tienen un trastorno en grados de igual o inferior a 3. o D. Incompleta:

hay función motora y los músculos tienen un trastorno en grados superior a 3. o E. Normal: las funciones son normales.

La disminución de la función sensorial implica que el paciente carece del sentido del tacto y no aprecia el frío, calor o dolor, asimismo no sabe la situación de sus piernas. El deterioro de la función motora implica que el lesionado no controla de manera voluntaria los músculos.

5 Discusión-Conclusión

Después de llevar a cabo una revisión de la atención prehospitalaria en pacientes con lesión medular, se ha llegado a la conclusión de que los profesionales de enfermería han tenido un progreso considerable en el manejo de las personas que padecen esta lesión, lo que ha implicado una menor morbilidad.

En la asistencia prehospitalaria el personal de enfermería ha tenido un papel destacable, con un funcionamiento conjunto, interviniendo en todas las iniciativas relacionadas con el paciente. En una situación como la que se vive los enfermeros aportan un activo muy valioso para la persona que se encuentra en una situación prehospitalaria crítica.

El número de personas que padecen traumatismos graves sigue siendo elevado, sufriendo las personas jóvenes el índice más elevado, pero el personal de enfermería acepta el desafío de reducir la morbilidad por medio de llevar a cabo una atención sublime ante las personas que padecen una lesión grave, esto se consigue gracias a las guías de seguimiento que proporcionan los instrumentos a los enfermeros consolidados a nivel mundial.

Por lo que respecta a la utilización de los instrumentos en la inmovilización se debería examinar en personas de distintas edades y circunstancias, como niños, embarazadas, personas gordas o delgadas entre otras. Asimismo, estaría bien estudiar en el lesionado los parámetros subjetivos como el dolor que se padece, problemas en la piel u otras lesiones en distintas partes del cuerpo.

De la comparación de los datos incorporados al presente trabajo, se deduce la exigencia del estudio de nuevas formas de información para la elaboración de procedimientos que ayuden a un adecuado uso para la inmovilización de las personas con probable lesión medular.

En cuanto a las técnicas de bloqueo de la columna más aceptadas se pueden enumerar las siguientes:

- La utilización de escalas para evaluar al paciente lesionado.
- La inmovilización se debe de realizar valorando al paciente previamente para evitar problemas derivados de su aplicación.
- Son susceptibles de inmovilización las personas con lesión medular, con pérdida de conciencia o graves problemas neurológicos.
- No se aconseja por aumento del peligro que puede ocasionar: el movimiento brusco del cuello, el bloqueo cervical en pacientes graves y la técnica log-roll.
- El factor tiempo es fundamental para el diagnóstico de la persona, por lo tanto, todo lo que se pueda reducir en el traslado a un hospital es beneficio.
- Es escasa la mención de la asistencia de enfermería en la técnica de la inmovilización.

En lo referente a la formación de los sanitarios en la atención en el ámbito pre-hospitalario, se considera imprescindible una formación básica preliminar y continua, además, sería conveniente que los análisis que se llevan a cabo sobre las técnicas e instrumentos para aplicar en la espina dorsal se realizarán sobre procedimientos objetivos.

Se han realizado estudios entre personal experto y alumnos que han tenido formación específica, sin aparecer desigualdades a la hora de practicar la manipulación de la columna, lo que implica que las prácticas de formación han provocado que los alumnos hagan las técnicas de manera semejante a las personas experimentadas.

Para finalizar, no existen estudios que analicen la conveniencia de la inmovilización en el ámbito de las emergencias, ya que los datos que existen se han obtenido en otras situaciones.

6 Bibliografía

1. Schouten R, Albert T, Kwon B. The Spine-injured Patient: Initial Assessment and Emergency Treatment. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*. 2012; 20(6):336-346.
2. Sarhan F, Saif D, Saif A. An overview of traumatic spinal cord injury: part 2. Acute management. *British journal of neuroscience nursing* [Internet]. 2013; (9).
3. Bernhard M, Gries A, Kremer P, Böttiger BW. Spinal cord injury (SCI)–prehospital management. *Resuscitation* 2005; 66:127–39.
4. Azevedo A, Scarparo AF, Chaves LDP. Nurses' care and management actions in emergency trauma cases. *Invest Educ Enferm*. 2013; 31(1):36-43.

5. Castro A, Bravo P. Paraplejia. Otra forma de vida. Madrid: Promociones Ediciones SANRO; 1993.
6. Organización Mundial de la Salud. Accidentes de tránsito [Internet]. Diciembre 2018 [Citado 24 nov 2020]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs358/es/>
7. Cripps RA, Lee BB, Wing P, Weerts E, Mackay J, Brown D. A global map for traumatic spinal cord injury epidemiology: towards a living data repository for injury prevention. *Spinal Cord*. 2011; 49(4):493-501.
8. Rodríguez G, Vaquero J. Traumatismo raquímedular. Madrid: Fundación Mapfre; 2009.
9. Ávila DM. Cuidados de Enfermería en el Paciente Politraumatizado. *Revista de Enfermería*. 2015 abril.
10. Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica. Guía Clínica politraumatizado. Santiago de Chile: Minsal, 2007.
11. Canabal A, Perales N, Navarrete P, Sánchez Izquierdo JA. Manual de Soporte vital avanzado en trauma. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.
12. Arrese MA, SAbrido R. Atención prehospitalaria a la enfermedad traumática. Sociedad de medicina intensiva y unidades coronarias de Castilla la Mancha. Fiscam 2007. Disponible en: <http://www.somiuam.org/activos/protocolos/Atenci%C3%B3n%20Prehospitalaria%20a%20la%20enfermedad%20traum%C3%A1tica.pdf>.
13. Muñoz A, Silva L. Valoración inicial de enfermería al politraumatizado. 1ª ed. Sevilla: Mad; 2006.
14. Domeier RM, Evans RV, Swor RA, Rivera-Rivera EJ, Frederiksen SM. Prehospital clinical findings associated with spinal injury. *Prehosp Emerg Care* 1997; 1:11-5.
15. Guly HR, Bouamra O, Lecky FE. The incidence of neurogenic shock in patients with isolated spinal cord injury in the emergency department. *Resuscitation* 2008; 76(1):57-62.
16. Belanger E, Levi AD. The acute and chronic management of spinal cord injury. *J Am Colleg Surg* 2000; 190:603-18.
17. American Spinal Injury Association: International Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury, revised 2000; Atlanta, GA; 2008.
18. Kirshblum SC, Burns SP, Biering-Sorensen F, Donovan W, Graves DE, Jha A, et al. International standards for neurological classification of spinal cord injury (Revised 2011). *J Spinal Cord Med* 2011; 34(6):535-546 doi:10.1179/204577211X13207446293695.

19. American Spinal Injury Association. International Standards for the Classification of Spinal Cord Injury. Key Sensory Points (Internet). Disponible en: <http://lms3.learnshare.com/Images/Brand/120/ASIA/Key%20Sensory%20Points.pdf>
20. American Spinal Injury Association. International Standards for the Classification of Spinal Cord Injury. Motor Exam Guide (Internet). Disponible en: <http://lms3.learnshare.com/Images/Brand/120/ASIA/Motor%20Exam%20Guide.pdf>
21. O'Dowd JK. Basic principles of management for cervical spine trauma. *Eur Spine J* 2010; 19(Suppl 1):S18-S22.
22. Hadley MN, Walters BC (coord.). Guidelines for the Management of Acute Cervical Spine and Spinal Cord Injuries. Rolling Meadows, IL: American Association of Neurological Surgeons; 2001.
23. Accident Compensation Corporation. ASIA impairment scale (Internet). Disponible en: http://www.acc.co.nz/for-providers/clinical-best-practice/spinal-injury-guidelines/PRD_CTRB091020.

Capítulo 50

AUTOEXPLORACIÓN MAMARIA

ERIKA RAMOS GARCIA

ZULEMA DIAZ RUIZ

1 Introducción

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el cáncer de mama está considerado como uno de los tumores malignos más activos en la mujer, pero esto no quita que también puede producirse en el hombre. Un modo prioritario para abordar el cáncer de mama, es la detección precoz.

A través de la autoexploración mamaria, se puede detectar precozmente si hay algún tipo de cambio en la mama o de anomalía, esta técnica es importante, a la hora de plantarle cara a la detección precoz. También hay que hacer hincapié en que no todos los bultos que podemos encontrar en la mama no tienen porque ser malignos.

Es recomendable hacerse la autoexploración una vez al mes más o menos, dando prioridad después de la menstruación. Las mujeres con menopausia también deben de hacerse la autoexploración, marcando un día al azar para revisarse cada mes.

La primera vez que se exploren las mamas, es recomendable hacerlo de modo relajado, despacio y palpando cada centímetro de la mama, para reconocerlas en su totalidad.

La autoexploración de las mamas es utilizada como estrategia de detección del cáncer de mama, se debería de incorporar a la rutina cotidiana. Con cada examen de mama iras conociendo mejor y aprendiendo mas sobres su anatomía habitual, con lo que será más fácil detectar algún variación en su anatomía.

Sería recomendable adquirir un hábito mensual, para revisar las mamas, y poder detectar alguna anomalía: Es más recomendable hacer la exploración días posteriores a la menstruación puesto que las mamas están menos sensibles e inflamadas. Dependiendo de la zona de la mama, puede encontrarse protuberancias o bultos sobre todo cerca de la axila. Hay zonas con el tacto más grumoso que otras, depende de la zona de la mama. En la zona del pezón pueden notarse grumos más pequeños.

Es una buena idea, que cada vez que se exploren las mamas se apunte en un cuaderno, escribiendo como es la forma, tamaño, protuberancias, para así no olvidar ningún detalle y poder reconocerlas.

A través de los reconocimientos, se puede detectar si hay alguna anomalía.

Puede ser que en algún momento del mes encuentres bultos que dependiendo del ciclo hormonal, aparezcan y desaparezcan.

2 Objetivos

- Describir las principales técnicas para la autoexploración mamaria.
- Poner en conocimiento los recursos y consejos para una autoexploración correcta.
- Enumerar los pasos a seguir para la autoexploración.

3 Metodología

Se utilizo de base de datos MEDLINE, PUDMED, completando la información con articularlos relaciones obtenidos de varias fuentes como es SEOM (sociedad española de oncología medica) y también, encontrados en revistas digitales, como revista de la sociedad española contra el cáncer, scielo, Elsevier, buscador google, researchgate y Scielo. La búsqueda incluyo todas las revisiones sistemáticas , artículos e investigaciones llevadas a cabo a cerca de la materia en los últimos 20 años periodo comprendido entre 2003 y 2023, con la posterior selección de los más adecuados para este trabajo.

4 Resultados

Si se realiza la autoexploración mamaria de una forma correcta, y habitualmente, puede ser una buena herramienta para detectar precozmente diversos tipos de

cáncer de mama, esta técnica no tiene fiabilidad total, con lo que no se puede cambiar por otros métodos que detectan precozmente esta patología, como pueden las mamografías o detección por imagen.

Deben cuidarse las mamas, todas las mujeres, es recomendable que aunque no haya síntomas, desde temprana edad aproximadamente los 20 años, se tenga el hábito de la autoexploración cada mes, y una revisión por ginecología cada dos años. A partir de los 50 es recomendable cada año una mamografía.

Aunque puede aparecer a cualquier edad, por eso es recomendable desde la primera menstruación revisarse las mamas.

Hay varios pasos a seguir para una correcta realización de la autoexploración, es recomendable coger un espejo, los puntos a enumerar son:

1. Poner la postura correcta enfrente del espejo es importante, se dejarán los brazos a lo largo del cuerpo, se miran los pechos para ver que no hay anomalías, al igual que se revisarán los pezones, se observará que no hay cambios respecto al mes anterior.

Si notas algo diferente a veces anteriores comunícaselo a tu médico, estas anomalías pueden ser bultos, que notes el pezón diferente como puede ser el pezón invertido o sobresaliendo en exceso, hoyuelos en la piel, que la mama este enrojecida, que tengas dolor, o el pecho enrojecido, a la vez que se explora la mama, debe de observarse y palpar axila, buscando alguna anomalía.

2. Se sigue delante del espejo, esta vez con los brazos elevados y se busca visualmente anomalías.

3. También se vigilan los pezones, que no salga líquido, se pueden apretar un poco para ver que no hay líquido amarillento, ni sangre ni líquido transparente.

4. Tumbada en la cama, colocas la mano izquierda en la nuca, y con la mano derecha palpas la mama izquierda y la axila, en busca de alguna anomalía, cuando acabes con esta mama, comienzas con la mama derecha.

5. En posición sentada repites la palpación de ambas mamas.

Si notas alguna diferencia a la palpación normal de cada mes, debes acudir al médico.

La elección de un día concreto de cada mes para la autoexploración, es una buena recomendación, puesto que 5 o 10 días después de la menstruación, en este periodo, lo más normal es que se tengan las mamas sin inflamación y sin dolor.

5 Discusión-Conclusión

Se puede describir la autoexploración mamaria como una buena y sencilla técnica que todas las personas que quieran pueden realizar en su casa, pudiendo

detectar anomalías, tumores o patologías de mamas precozmente. Con lo que una detección precoz puede hacer que el tratamiento sea más rápido y llegue a tiempo.

Se considera como útil la autoexploración mamaria, y necesaria, junto con mamografía y exploraciones físicas realizadas por especialistas y a veces reforzadas con ecografías y RM. Todas las técnicas tienen ventajas e inconvenientes y funcionan de formas distintas.

La autoexploración se puede hacerse a cualquier edad, es gratis, un herramienta muy útil y puede realizarse habitualmente.

La mayor recomendación es que se realice la autoexploración mamaria mensualmente, como una rutina cotidiana, y revisión general.

6 Bibliografía

1. Alwan, N. A. S., Al-Attar, W. M., Eliessa, R. A., Madfaie, Z. A., & Tawfeeq, F. N. (2012). Knowledge, attitude and practice regarding breast cancer and breast self-examination among a sample of the educated population in Iraq. *La revue de sante de la Mediterranee orientale [Eastern Mediterranean health journal]*, 18(4), 337–345. <https://doi.org/10.26719/2012.18.4.337>
2. Bioestadística, D. W. (2010). Bases para el análisis estadístico en ciencias de la salud. Limusa-Wiley.
3. De atención, A. C. Q. D. C. y. M. el P. de E. en el P. N. (s/f). Detección del cáncer de mama. Insp.mx. Recuperado el 7 de octubre de 2023, de http://www.insp.mx/images/stories/Centros/nucleo/docs/icce_05.pdf
4. DOF - Diario Oficial de la Federación. (s/f). Gob.mx. Recuperado el 7 de octubre de 2023, de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5194157&fecha=09/06/2011
5. de C., G. S. A., V. (s/f). medigraphic.com. Recuperado el 7 de octubre de 2023, de <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/>
6. Palacio-Mejia, L. S., Lazcano-Ponce, E., & Hernández-Ávila, B. (2009). Regional differences in breast and cervical cancer mortality in Mexico between 1979-2006. *Salud Pública Mex*, 51(2), 208–219.
7. Prevalencia de la autoexploración de mama en mujeres de edad fértil. - Revista Electrónica de Portalesmedicos.com. (s/f). Portalesmedicos.com. Recuperado el 7 de octubre de 2023, de <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/26/1/>
8. Suh, M. A. B., Atashili, J., Fuh, E. A., & Eta, V. A. (2012). Breast Self-Examination and breast cancer awareness in women in developing countries: a survey of

women in Buea, Cameroon. BMC Research Notes, 5(1), 627. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-5-627>

Capítulo 51

LA NEFROSTOMÍA PERCUTÁNEA Y EL TRABAJO DE LA ENFERMERA HOSPITALARIA

IRENE DE MORA MARTÍN-FORERO

CECILIA NUÑEZ GARRIDO

BLANCA SANZ CAMACHO

INES REDONDO ALVAREZ

SILVIA LORENZO MARTIN

1 Introducción

La nefrostomía percutánea es un procedimiento médico importante que se utiliza en el tratamiento de diversas afecciones renales y urinarias. Implica la inserción de un catéter o tubo a través de la piel hasta el riñón para drenar la orina o realizar otros procedimientos médicos. Este procedimiento puede ser necesario en casos de obstrucción urinaria, cálculos renales, infecciones graves o para obtener muestras de tejido renal.

En el contexto hospitalario, el papel de la enfermera es esencial en la atención y el cuidado de pacientes que han sido sometidos a una nefrostomía percutánea. La enfermera desempeña un papel crucial en la preparación del paciente, la asistencia durante el procedimiento, el cuidado posterior y la educación del paciente sobre el manejo de la nefrostomía en el hogar.

En esta revisión, exploraremos en detalle el trabajo de la enfermera hospitalaria en el contexto de la nefrostomía percutánea. Analizaremos las responsabilidades específicas que implica este procedimiento y cómo la enfermera desempeña un papel clave en la atención y el bienestar de los pacientes que requieren este tipo de intervención médica.

La nefrostomía percutánea es un procedimiento que puede tener un impacto significativo en la vida de los pacientes y su salud renal. La enfermera, como miembro integral del equipo de atención médica, desempeña un papel fundamental en la atención integral y en la garantía de que el procedimiento se realice de manera segura y efectiva, contribuyendo al bienestar y la recuperación de los pacientes.

2 Objetivos

Dentro de los objetivos que nos planteamos en nuestra revisión, encontramos objetivos principales y secundarios los cuales los podemos dividir en:

Objetivos principales:

1. Conocer y evaluar las principales actuaciones que se ejercen desde el trabajo de enfermería en la nefrostomía percutánea.

Objetivos Secundarios:

1. Conocer las variables que se analizan en los estudios relacionados con el campo de la enfermería en la nefrostomía percutánea.

3 Metodología

Fuentes documentales consultadas

Para llevar a cabo esta revisión, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Pubmed, en Google Académico y revistas especializadas. Hemos realizado una búsqueda entre junio de 2023 y septiembre de 2023.

Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda en Medline fue: (“percutaneous nephrostomy” OR nephrostomy) AND (nursing OR nurse OR infirmary).

4 Resultados

La nefrostomía percutánea es un procedimiento médico que implica la colocación de un catéter o tubo en el riñón a través de la piel. Se realiza para drenar la orina de los riñones cuando existe una obstrucción en las vías urinarias o para tratar otras afecciones renales. El papel de la enfermera hospitalaria en el cuidado de pacientes que han sido sometidos a una nefrostomía percutánea es fundamental para garantizar una atención segura y efectiva. A continuación, se describen las responsabilidades y el trabajo de la enfermera hospitalaria en este contexto:

- Preparación del paciente: Antes del procedimiento, la enfermera debe preparar al paciente informándole sobre el procedimiento, sus riesgos y beneficios, y asegurándose de que comprenda y haya dado su consentimiento informado. También debe verificar alergias y medicamentos previos.
- Apoyo emocional: La enfermera debe proporcionar apoyo emocional al paciente, ya que la nefrostomía puede ser un procedimiento incómodo o preocupante. Tranquilizar al paciente y responder a sus preguntas y preocupaciones es esencial.
- Preparación del equipo y del entorno: La enfermera debe asegurarse de que el equipo médico y el entorno estén listos para el procedimiento. Esto incluye la esterilización de los instrumentos, la preparación de la sala de procedimientos y la verificación de la disponibilidad de cualquier medicamento o material necesario.
- Asistencia durante el procedimiento: Durante la nefrostomía percutánea, la enfermera puede estar presente para brindar apoyo al paciente y al médico que realiza el procedimiento. Esto puede incluir la administración de medicamentos para aliviar el dolor o la ansiedad.
- Vigilancia postoperatoria: Después del procedimiento, la enfermera debe monitorizar de cerca al paciente para detectar signos de complicaciones, como sangrado, infección o dificultades respiratorias. También debe evaluar el sitio de la nefrostomía para asegurarse de que no haya signos de infección o fugas de orina.
- Cuidado de la nefrostomía: La enfermera es responsable de cuidar y mantener el catéter de nefrostomía. Esto incluye cambiar los apósitos, asegurarse de que el drenaje de la orina sea adecuado y mantener la higiene del sitio de inserción.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el trabajo de la enfermera hospitalaria en el contexto de la nefrostomía percutánea es de vital importancia para garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes. Este procedimiento médico, que implica la inserción de un catéter en el riñón a través de la piel, se utiliza en una variedad de afecciones renales y urinarias, y requiere una atención y un cuidado especializado.

La enfermera desempeña un papel esencial desde la preparación previa al procedimiento, brindando apoyo emocional al paciente y garantizando que esté informado y cómodo. Durante el procedimiento, la enfermera puede proporcionar asistencia al equipo médico y al paciente, lo que contribuye a la realización segura y efectiva del procedimiento.

Después del procedimiento, la enfermera es responsable de monitorizar de cerca al paciente en busca de signos de complicaciones, asegurando la adecuada atención de la nefrostomía y educando al paciente sobre cómo cuidarla en casa. La documentación precisa y completa es esencial en cada etapa del proceso.

En resumen, la enfermera hospitalaria desempeña un papel integral en el proceso de nefrostomía percutánea, brindando cuidados de alta calidad y apoyo tanto físico como emocional a los pacientes. Su compromiso con la seguridad y el bienestar de los pacientes contribuye significativamente a la calidad de la atención médica en el entorno hospitalario.

6 Bibliografía

1. Hamester L, Souza EN, Cielo C, Moraes MA, Pellanda LC. Effectiveness of a nursing intervention in decreasing the anxiety levels of family members of patients undergoing cardiac surgery: a randomized clinical trial. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2016 Aug 15;24: e2729. Available in: [https:// www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27533263](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27533263)
2. McLean CP, Anderson ER. Brave men and timid women? A review of the gender differences in fear and anxiety. *Clin Psychol Rev*. [Internet]. 2009 Aug; 29(6):496-505. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19541399>
3. Fillingim RB, King CD, Ribeiro-Dasilva MC, RahimWilliams B, Riley JL. Sex, gender, and pain: a review of recent clinical and experimental findings. *J Pain*. [Internet]. 2009 May;10(5):447- 85. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19411059>

4. Bartley EJ, Fillingim RB. Sex differences in pain: a brief review of clinical and experimental findings. *Br J Anaesth*. [Internet]. 2013 Jul; 111(1):52-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3690315/>
5. Pieretti S, Di Giannuario A, Di Giovannandrea R, Marzoli F, Piccaro G, Minosi P, et al. Gender differences in pain and its relief. *Ann Ist Super Sanit*. [Internet]. 2016 Apr/Jun [cited Jul 11, 2018];52(2):184-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27364392>
6. McLean CP, Asnaani A, Litz BT, Hofmann SG. Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *J Psychiatr Res*. [Internet]. 2011 Aug; 45(8):1027-35. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3135672/>

Capítulo 52

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UN ESTATUS CONVULSIVO

ELENA BUENDÍA ORTIZ

KATHERINE MISHELL GUAMAN SINCHIGUANO

PAULA MARTÍNEZ YEGUAS

ITZIAR SAIZ MARZAL

ANA PARDO FERNANDEZ

1 Introducción

El status epiléptico se considera cuando se produce una crisis convulsiva con una duración mayor a 30 minutos o cuando suceden tres o más ataques seguidos sin recuperación de la consciencia entre uno y otro.

Una crisis epiléptica es una manifestación paroxística breve ocasionada por una actividad anormal de las neuronas del cerebro, modificando bruscamente el nivel de conciencia y los fenómenos sensitivos, motores, sensoriales, afectivos y de respuesta.

Las crisis se clasifican en:

- Parciales o focales: sucede en un conjunto de neuronas en una parte localizada del hemisferio cerebral. A su vez, se subdividen en simples, complejas y con generalización secundaria.
- Crisis generalizadas: el síntoma inicial es la alteración de la conciencia (ausencias típicas o atípicas, crisis tónicas, crisis clónicas, crisis tónico-clónicas, crisis

atómicas, moiclónicas masivas o espasmos infantiles.

- Crisis inclasificables.

Cuando un paciente llega a los Servicios de Urgencias con una crisis convulsiva, Enfermería debe valorar una serie de aspectos como descripción de la crisis, factores que hayan podido desencadenar el cuadro, factores relacionados, exploración física complementaria, exploraciones complementarias (glucemia, electrocardiograma, entre otros).

A su vez, el profesional de Enfermería deberá poner en marcha un plan de actuación para este tipo de patología, aportando los cuidados e intervenciones necesarias para que la crisis se resuelva satisfactoriamente.

2 Objetivos

Establecer el plan de actuación que debe realizar el profesional de Enfermería ante un paciente que acude a los Servicios de Urgencias con un estatus convulsivo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Clinical Key, Dialnet, UpToDate, Lilacs y Cuiden Plus, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas, excepcionalmente se ha incluido alguno de años anteriores.

4 Resultados

Enfermería establecerá un plan de actuación adecuado a esta patología, realizando una serie de actividades tanto para establecer precauciones contra las convulsiones, manejar la vía aérea, monitorizar los signos vitales, administrar medicación intravenosa y el tratamiento específico.

Dentro de estas actividades se encuentran:

- Retirar objetos potencialmente peligrosos del entorno del paciente.
- Mantener un dispositivo de aspiración cerca del paciente.
- Utilizar barandillas de seguridad y mantenerlas elevadas.
- Extraer de la vía aérea posibles cuerpos extraños.
- En caso necesario, colocar una cánula orofaríngea.

- Colocar al paciente en una posición que mejore la disnea.
 - Controlar el estado respiratorio y de oxigenación.
 - En caso necesario, administrar oxígeno.
 - Controlar la tensión arterial, pulso, temperatura y respiración.
 - Observar si se producen patrones respiratorios anormales como Kussmaul, Heyne-Stokes, Biot, etc.
 - Colocar un acceso venoso para la administración de medicación.
 - Administrar medicación y valorar la respuesta del paciente a ella.
 - Registrar la medicación que se ha administrado, tanto dosis, vía de administración y hora. Dentro de la medicación específica a administrar en el ataque convulsivo están el glucosa al 5%, Diazepam y Clonazepam. Cuando el estatus no cede se administra difenilhidrantoína. Si este persiste más de 60 minutos, ingresar al paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos.
- Mantener al paciente en observación unas horas tras resolver la crisis epiléptica, derivándolo posteriormente al especialista. Si el paciente ha sufrido más de una crisis o si se repite mientras está en urgencias, mantenerlo en observación durante 48-72 horas hasta que el status convulsivo remita.
- El profesional de Enfermería debe conocer las medidas de actuación que debe realizar en este tipo de pacientes, puesto que una rápida actuación minimiza los posibles efectos adversos y secuelas que puedan derivarse de la crisis.

5 Discusión-Conclusión

La crisis epiléptica sucede cuando las neuronas cerebrales tienen una actividad anormal, modificando de manera brusca el nivel de conciencia y los fenómenos sensitivos, motores, sensoriales, afectivos y de respuesta del paciente.

El profesional de Enfermería establecerá un plan de actuación adecuado y orientado a esta patología, realizando una serie de actividades e intervenciones tanto para establecer precauciones contra las convulsiones, manejar la vía aérea del paciente, monitorizar los signos vitales, administrar medicación intravenosa y proporcionar el tratamiento específico.

Una vez resulta la crisis convulsiva, mantener al paciente en observación unas horas. Si la crisis se repite estando dentro del servicio, mantenerlo en observación durante 48-72 horas.

6 Bibliografía

1. Corral-Ansa, L., Herrero-Meseguer, J. I., Falip-Centellas, M., & Aiguabella-Macau, M. (2008). Estatus epiléptico. *Medicina intensiva*, 32(4), 174-182.
2. García, P. L. R. (2012). Diagnóstico y tratamiento del estado epiléptico. *Revista Cubana de Neurología y Neurocirugía*, 2(2), 150-66.
3. Liuba, H. T. (2021, March). Cuidados de enfermería en la epilepsia. In aniversarioocimeq20

Capítulo 53

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON HIPERTENSIÓN

ELENA BUENDÍA ORTIZ

KATHERINE MISHALL GUAMAN SINCHIGUANO

PAULA MARTÍNEZ YEGUAS

ITZIAR SAIZ MARZAL

ANA PARDO FERNANDEZ

1 Introducción

La hipertensión arterial (HTA) es una patología crónica que se caracteriza por niveles elevados de presión arterial que puede causar trastornos cerebrovasculares isquémicos y hemorrágicos en pacientes que sufren este tipo de enfermedad. Los valores normales oscilan entre 120 a 129 milímetros de mercurio (mmHg) de presión arterial sistólica o máxima y de 80 a 84 milímetros de mercurio (mmHg) de presión arterial mínima o diastólica.

Una crisis hipertensiva es un tipo de complicación grave que se asocia con la presión arterial alta que puede causar daño a los órganos diana. Para que se considere crisis hipertensiva, la presión arterial sistólica o máxima debe tener unos valores superiores a 210 milímetros de mercurio (mmHg) y la presión arterial diastólica o mínima debe tener unos valores por encima de 120 milímetros de mercurio (mmHg).

Las crisis hipertensivas suelen estar relacionadas y provocadas por un aumento repentino de los niveles de presión arterial en pacientes que sufren hipertensión arterial (HTA). Algunas de las causas más frecuentes que van a ocasionar hipertensión arterial (HTA) en los pacientes son: vasculitis, nefropatía, diversos tumores, efecto rebote por suspensión del tratamiento antihipertensivo, etc. Dentro de las crisis hipertensivas, encontramos las crisis hipertensivas urgentes y crisis hipertensivas emergentes, la principal diferencia entre ambas es que en una de ellas la HTA va a tener que ser tratada de inmediato.

2 Objetivos

Describir a partir de un caso clínico qué es la Hipertensión Arterial, y cuáles son las principales causas de la HTA por parte del equipo de enfermería.

3 Caso clínico

Varón de 60 años de edad, viudo desde los 58 y con dos hijos de 29 y 30 años de edad, un día el paciente decide acudir a su médico de cabecera por presentar los siguientes síntomas: fatiga, cansancio, dificultad para respirar, visión borrosa, sed y muchas ganas de orinar. Tras llegar a la consulta de su médico de cabecera, el facultativo ve que el paciente presenta obesidad y puede tener HTA, ya que tiene

180/130 mmHg como consecuencia de la obesidad que sufre, por lo que le manda una analítica completa (colesterol, triglicéridos, hemoglobina, hemoglobina glicosilada) y controles durante una semana de la tensión arterial

(TA). Tras realizarse la analítica y la toma de TA durante una semana y volver a la consulta del médico de cabecera a la semana siguiente, el facultativo le dice al paciente que todos los valores de la analítica están fuera de rango y que la TA que tiene esta alta por lo que decide derivarlo a un nutricionista y al cardiólogo para que le ayude a afrontar mejor los problemas de salud que sufre. En la primera consulta que va a tener el paciente con el nutricionista se le va a medir, tallar, se le van a mandar los alimentos que puede y no debe tomar, se le darán una serie de ejercicios físicos que deberá realizar y volverá a la consulta dentro de 1 mes para ver cómo va de peso. El paciente también irá al cardiólogo para que le controle el problema de HTA que presenta con un tratamiento farmacológico.

Cuando el paciente acude a revisión con el nutricionista vemos una importante bajada de peso y los valores que presenta de TA se encuentran normales.

4 Discusión-Conclusión

Para finalizar con este capítulo de libro sobre la hipertensión arterial, podemos decir que es una enfermedad que va a atacar a las arterias, debido a que se van esclerosando, y poco a poco con el paso del tiempo, la persona que lo padece se va sintiendo mal sin saber lo que le pasa, hasta que va a su facultativo y descubre que es un problema de tensión arterial.

Por último y para terminar con este capítulo de libro sobre la HTA, tenemos que saber que es una enfermedad muy peligrosa y que la tenemos que tener muy controlada y de la mejor manera posible.

5 Bibliografía

1. Presión arterial Alta en Adultos - hipertensión: Medlineplus Enciclopedia Médica [Internet]. MedlinePlus. U.S. National Library of Medicine; Encontrado en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000468.htm>

Capítulo 54

CUIDADOS A PACIENTES CON TUBERCULOSIS POR LA ENFERMERÍA

KATHERINE MISHALL GUAMAN SINCHIGUANO

ELENA BUENDÍA ORTIZ

PAULA MARTÍNEZ YEGUAS

ITZIAR SAIZ MARZAL

ANA PARDO FERNANDEZ

1 Introducción

La tuberculosis (TB) es una enfermedad causada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*. Esta es una infección pulmonar y extrapulmonar crónica causada por la inhalación de gotitas que contienen este bacilo. Se caracteriza por etapas de infección inicial (generalmente asintomática), período de latencia y posible recaída.

Esta bacteria infecta los pulmones de manera que cuando una persona infectada estornuda, tose o escupe se expulsan pequeñas partículas de líquido (gotitas de Fleuling), y al inhalar las gotitas de Fleuling infectadas expulsadas por una persona infectada transmite la enfermedad a otras personas. Solo alrededor del 10% de las personas infectadas desarrollan la enfermedad. De estos, la mitad son tan tempranos como meses después de la infección, y la otra mitad, el 5%, toma mucho tiempo (a veces décadas) para que las lesiones endógenas se reactiven.

Otras posibles vías de transmisión, como la infección gastrointestinal a través de la leche de vacas enfermas, resultaron imposibles con la pasteurización de la leche. Los síntomas de esta afección incluyen tos persistente que dura más de 15 días, tos con sangre, dolor en el pecho, debilidad y fiebre.

Existen varios tipos de tuberculosis, clasificados de la siguiente manera:

- Tuberculosis pulmonar: Enfermedad infectocontagiosa causada por *Mycobacterium tuberculosis*, que afecta el parénquima pulmonar y es altamente contagiosa.

A pesar de su fuerte toxicidad, la prevención y el tratamiento son posibles.

- Tuberculosis miliar: Esta es una forma grave de tuberculosis que afecta a muchos órganos y también se conoce como tuberculosis diseminada.

Esta enfermedad suele ser mortal si no se trata a tiempo.

- Tuberculosis extrapulmonar: ocurre fuera de los pulmones, generalmente como resultado de la diseminación hematógena de la infección.
- Tuberculosis latente: Se presenta en pacientes asintomáticos con prueba de tuberculina positiva que están expuestos a tuberculosis activa.

Los factores de riesgo asociados con esta afección incluyen mantener contacto cercano con pacientes infectados, mantener contacto cercano con familiares y la comunidad, pacientes con enfermedad activa y aquellos que se someten a procedimientos médicos, y permanecerán cerrados mientras dure la infección. período infeccioso.

Para diagnosticar la tuberculosis, se deben realizar varias pruebas, entre ellas:

- Prueba de la tuberculina (PPD): Se dice que da un resultado positivo cuando la roncha es mayor de 5 mm y el paciente tiene características como contacto estrecho. Tales como infección tuberculosa, coinfección con VIH u otra enfermedad de inmunodeficiencia, mantenimiento de la terapia con corticosteroides sistémicos durante ≥ 1 mes, antecedentes de trasplante de órganos u otra terapia inmunosupresora.

Microscopía de esputo: Una prueba especializada para diagnosticar condiciones. Esta es la forma más rápida de identificar qué pacientes tienen más riesgo de morir a causa de la enfermedad y quiénes tienen más riesgo de transmitir la enfermedad.

El tratamiento de la tuberculosis pulmonar se centra en la administración de fármacos que combaten la bacteria. El tratamiento se basa en muchos medicamentos. Se utilizan principalmente cuatro tipos. Esta enfermedad es muy antigua y ha asolado a los humanos desde la antigüedad. Alcanzó su apogeo durante la Revolución Industrial del siglo pasado debido a la migración de personas a ciudades con muy malas condiciones sanitarias.

Es importante que las enfermeras brinden apoyo y supervisión en la toma de 190 medicamentos. Sin vigilancia, la adherencia al tratamiento puede ser difícil y la infección puede propagarse. La tuberculosis se encuentra entre las 10 principales causas de muerte en el mundo, después del sida.

Ahora se considera un problema de salud pública, como lo demuestra la alta morbilidad y mortalidad a nivel mundial. Debido a que la tuberculosis generalmente ocurre en entornos de pobreza y privación social, más del 95% de las muertes por la enfermedad ocurren en países de bajos y medianos ingresos. La Organización Mundial de la Salud estima que el 30% de la población mundial actualmente tiene TB latente, y se espera que solo el 10% desarrolle TB activa. Enfermería debe tener estrategias que satisfagan la recuperación del paciente.

2 Objetivos

Analizar a partir de un caso clínico los cuidados e intervenciones de enfermería en pacientes con enfermedad de tuberculosis pulmonar.

3 Caso clínico

Paciente de 20 años de edad, ama de casa, con un hijo de 1 año de edad, residente en un municipio de la capital de España, que convivió en casa de su pareja con un familiar alcohólico enfermo de tuberculosis pulmonar, abandonó el tratamiento y falleció a finales del 2022. A finales de diciembre del 2021, comienza con síntomas respiratorios y expectoración verdosa – amarilla y fiebre al caer el día.

Acompañaba a este cuadro pérdida del apetito y decaimiento en el estado de su salud.

Consulta a su médico de cabecera en su área de salud y le impone un tratamiento con amoxicilina. Continuaba igual los primeros días de enero del 2022 por lo que acude nuevamente al médico. Se realizan pruebas de laboratorio para diagnosticar la anemia, así como una prueba de esputo. Ante días sin resultados y síntomas respiratorios y febriles persistentes, la madre acudió al especialista que normalmente atiende a su hija en el hospital, ingresó a su hija y le realizó una radiografía de tórax. resección. Fecha del estado funcional del paciente.

Al registrar el estado general, se observa lo siguiente: - Estado febril: temperatura corporal 37,8°C. - Mucosas limpias y húmedas. - Pérdida de peso importante: peso 47 kg, altura

160 cm. - Respiratorio: soplo ampuloso marcadamente disminuido hacia la mitad superior del hemotórax izquierdo, frecuencia respiratoria de 20 x min - Cardio-

vascular: ruidos cardíacos rítmicos, sin soplo ni enfermedad cardíaca, frecuencia cardíaca de 100 x min, presión arterial 100/70. Después de completar las pruebas, se le diagnosticó tuberculosis pulmonar activa y anemia por deficiencia de hierro. El paciente inicia tratamiento, pero la exacerbación por antecedentes y falta de cuidados hace que la enfermedad progrese y llegue al final de la enfermedad. El aislamiento social y la falta de recursos a menudo dificultaban la atención de los pacientes.

4 Discusión-Conclusión

La lucha contra la tuberculosis pulmonar es una batalla que se ha de ganar día a día aunando esfuerzos, invirtiendo en recursos y contando con apoyo necesario para la búsqueda, detección y tratamiento de los casos. De esta manera se consigue reducir la morbi-mortalidad por tuberculosis, impactando de manera positiva en el desarrollo y bienestar humano a nivel mundial.

Si el paciente contagiado con Tuberculosis no recibe el tratamiento adecuado, se encuentra en peligro de muerte. Se estima que en torno a los 3 millones de personas mueren de Tuberculosis cada año a nivel mundial, mayormente adultos en sus años productivos. La coinfección VIH/SIDA y Tuberculosis favorece que se incrementen los casos de Tuberculosis, limitando las posibilidades de controlar la enfermedad.

Es imperativo brindar una atención integral ética y basada en valores a las personas que viven con TB y sus núcleos familiares. La enfermería es dinámica e íntima con la experiencia del paciente. Esta relación tiene un gran componente subjetivo, especialmente en la intersubjetividad y la empatía, y su propósito es obtener un apoyo consciente genuino, construir reinos conceptuales de comprensión del paciente, sentimientos, creencias y miedos de sus seres queridos.

El cuidado tiene una dimensión ética y moral y se fundamenta en principios y valores que analizan la situación para determinar lo que es correcto, equitativo y equitativo, y se sustenta en la autonomía, libertad y libertad de los encargados del cuidado, promueve. respeto a la dignidad humana. Cuidado La familia es la red de apoyo más importante de la sociedad. La familia es la base de la cultura, las costumbres, las creencias, etc.

Originalmente algo que nutre a los humanos de forma natural. Por ello, es importante que el personal de enfermería esté completamente capacitado y calificado para brindar una atención óptima y de calidad a los pacientes con tuberculosis pulmonar y brindar una visión holística del ser humano, incluyendo la condición y sus familias.

5 Bibliografía

1. Principal P, salud T. Tuberculosis: MedlinePlus en español [Internet]. Medline-plus.gov. Encontrado en: <https://medlineplus.gov/spanish/tuberculosis.html>.
2. Tuberculosis - Síntomas y causas - Mayo Clinic [Internet]. Mayoclinic.org. Encontrado en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseasesconditions/tuberculosis/symptoms-causes/syc-20351250>.
3. Tuberculosis - Wikipedia, la enciclopedia libre [Internet]. Es.m.wikipedia.org. Encontrado en: <https://es.m.wikipedia.org/wiki/Tuberculosis>.

Capítulo 55

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN TRIAJE DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

KATHERINE MISHELL GUAMAN SINCHIGUANO

ELENA BUENDÍA ORTIZ

PAULA MARTÍNEZ YEGUAS

ITZIAR SAIZ MARZAL

ANA PARDO FERNANDEZ

1 Introducción

El triaje se ha definido por la Organización Mundial de la Salud como la clasificación de los pacientes en grupos prioritarios, de acuerdo a sus necesidades y a los recursos disponibles, y es un elemento clave en los servicios de urgencias. Su objetivo principal es asegurar que el paciente reciba el nivel de prioridad acorde a las necesidades clínicas para garantizar la seguridad clínica, la optimización de los recursos y una atención sanitaria de calidad (1).

En la actualidad los modelos de triaje estructurado más usados son:

- La Escala Australiana de Triage (Australasian Triage Scale, ATS), la Escala Canadiense de Triage y Gravedad para los Servicios de Urgencias (Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale, CTAS), el Sistema de Triage de Manchester (Manchester Triage System, MTS) usado especialmente en el Reino

Unido, el Índice de Gravedad de Urgencias (Emergency Severity Index, ESI) utilizado sobre todo en Estados Unidos y el Modelo Andorrano de Triage (Model Andorrà de Triage, MAT) utilizado en España. Este último se adoptó como modelo estándar para el Sistema Español de Triage (SET) (2). El SET es una escala válida, útil y reproducible que gestiona la afluencia de los usuarios según la gravedad que presentan, de modo que se les asigna un nivel de urgencia que oscila entre el I (urgencia) y V (no urgente).

El triaje es un rol por lo general de enfermería. Las funciones del personal de enfermería en triaje podríamos resumirlas en la recepción del paciente, la valoración (inspección del estado general, toma de constantes, realización de un electrocardiograma si procede), la evaluación, la información a pacientes y familiares, la asignación del facultativo y la coordinación con el resto del personal.

Este procedimiento clave, que puede afectar al pronóstico del paciente, se realiza con información limitada, bajo la presión del tiempo y en un ambiente estresante. En particular, el triaje de urgencias es una de las responsabilidades más críticas que los enfermeros deben asumir, ya que es un proceso que determina la prioridad de los pacientes con base en la gravedad de su condición.

2 Objetivos

- Identificar las mejores prácticas, las áreas de mejora y las posibles soluciones para mejorar la práctica de enfermería en el triaje de urgencias.

3 Metodología

Se llevó a cabo una exhaustiva revisión bibliográfica en bases de datos electrónicas, como PubMed, Scielo y Elsevier, utilizando una combinación de palabras clave relacionadas con "enfermería", "traje", "urgencias" y "actuación". Se aplicaron filtros para limitar la búsqueda a estudios publicados en los últimos diez años y a aquellos escritos en inglés o español. Además, se realizaron búsquedas manuales en revistas relevantes y se consultaron referencias de artículos incluidos.

Los criterios de inclusión fueron estudios primarios que se centraron en la actuación de enfermería en el triaje de urgencias. Los estudios se excluyeron si no se centraban en el papel de los enfermeros en el triaje, o si no se realizaban en un entorno de urgencias. No se establecieron restricciones en cuanto a la metodología del estudio, por lo que se incluyeron tanto estudios cualitativos como cuantitativos.

4 Resultados

Hablaremos sobre como llevan el proceso de triaje el personal de enfermería. La mayoría de los estudios incluidos se centraban en la evaluación de la precisión y la coherencia de la actuación de enfermería en el triaje de urgencias. Los estudios mostraron que la precisión en la clasificación de triaje por los enfermeros fue generalmente alta, pero variaba dependiendo de determinados factores como la experiencia del enfermero, la formación en triaje y el uso de herramientas de triaje estandarizadas.

Varios estudios destacaron la importancia de la formación continua y el apoyo a los enfermeros que realizan el triaje. Los estudios sugirieron que la formación específica en triaje y la actualización regular de las habilidades y el conocimiento pueden mejorar la precisión y la coherencia en la clasificación de triaje (6).

En cuanto a las intervenciones de enfermería, varios estudios demostraron que la implementación de protocolos de triaje estandarizados puede mejorar la eficiencia del proceso de triaje y los resultados del paciente. Sin embargo, también se destacó la necesidad de flexibilidad y juicio clínico por parte de los enfermeros para adaptarse a las circunstancias individuales de cada paciente.

Los estudios sobre los resultados del paciente mostraron que la actuación de enfermería en el triaje puede tener un impacto significativo en la eficacia de la atención de urgencias. En particular, una clasificación de triaje precisa y coherente por parte de los enfermeros puede reducir los tiempos de espera y mejorar los resultados del paciente .

En general, los resultados de esta revisión destacan la importancia de la actuación de enfermería en el triaje de urgencias y subrayan la necesidad de formación continua, apoyo y protocolos de triaje estandarizados para garantizar la mejor atención posible a los pacientes en situaciones de urgencias.

5 Discusión-Conclusión

La revisión sistemática de la literatura proporciona una evidencia convincente de la importancia crítica de la intervención de los profesionales de enfermería en el triaje de las urgencias hospitalarias. Su rol no solo es esencial para la evaluación inicial y precisa de los pacientes, sino también para la gestión eficiente de los recursos del hospital y la optimización de la atención al paciente.

Se resalta que los enfermeros de triaje, gracias a su formación especializada, poseen habilidades y conocimientos que les permiten evaluar efectivamente la gravedad de los síntomas del paciente y establecer la prioridad de atención. Esto

contribuye a minimizar los retrasos en el tratamiento de casos graves y mejora el flujo de pacientes en el departamento de urgencias.

Además, se destaca que la intervención de las enfermeras en el triaje no solo tiene un impacto directo en la atención del paciente, sino que también reduce la carga de trabajo de los médicos, aumenta la eficiencia del departamento y puede contribuir al bienestar del personal de urgencias.

Se discute también la necesidad de formación continua y especializada para estos profesionales, con el objetivo de mantener actualizadas y perfeccionar sus habilidades de triaje. Así mismo, se resalta la necesidad de políticas hospitalarias claras y directrices basadas en la evidencia para apoyar su práctica.

En resumen, esta revisión subraya la relevancia de la enfermería en el triaje de urgencias y la necesidad de seguir investigando en este campo para mejorar la práctica de enfermería y la calidad de la atención al paciente. Asimismo, los hallazgos pueden servir de guía para los responsables de la formación en enfermería y la toma de decisiones en el sector de la salud, con el fin de mejorar las prácticas de triaje y, en última instancia, los resultados de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Sánchez-Bermejo R. Encuesta a los profesionales de enfermería españoles sobre el triaje en los servicios de urgencias hospitalarios [Spanish nurses' survey on triage in hospital emergency departments]. *Emergencias*. 2015 Abr;27(2):103-108. Spanish. PMID: 29077351.
2. Hernández Ruipérez T, Adánez Martínez MG, Díaz Agea JL, García Pérez B, Leal Costa C. Diseño y validación de un modelo pedagógico basado en simulación clínica dirigido a la formación de enfermería en el sistema de triaje estadounidense Emergency Severity Index [Design and validation of a clinical simulation method for teaching nurses to use the Emergency Severity Index for triage]. *Emergencias*. 2015 Jun;27(3):155-160. Spanish. PMID: 29077307.
3. Viñuales I, Monzón-Fernández A, Viñuales M, Sanclemente T. Evaluation of the triage performed by registered nurses in the Hospital Clínico Universitario «Lozano Blesa» Emergency service (Saragossa, Spain). *Enferm Clin (Engl Ed)*. 2018 Nov-Dec;28(6):382-386. English, Spanish. doi: 10.1016/j.enfcli.2017.11.004. Epub 2018 Feb 14. PMID: 29453155.
4. Gómez-Angelats E, Miró Ò, Bragulat Baur E, Antolín Santaliestra A, Sánchez, Sánchez M. Triage level assignment and nurse characteristics and experience. *Emergencias*. 2018 Jun;30(3):163-168. English, Spanish. PMID: 29687670.
5. Martínez-Segura E, Lleixà-Fortuño M, Salvadó-Usach T, Solà-Miravete E,

AdellLleixà M, Chanovas-Borrás MR, March-Pallarés G, Mora-López G. Perfil compe208 tencial en los profesionales de triaje de los servicios de urgencias hospitalarios[Competence of triage nurses in hospital emergency departments]. Emergencias.

2017 Jun;29(3):173-177. Spanish. PMID: 28825237.

6. Montero-Pérez J. Emergency triage: separating the wheat from the chaff. Emergencias. 2022 Jun;34(3):161-162. English, Spanish. PMID: 35736518.7. Rodríguez

Vico A, Sánchez Hernández F. Triage por enfermería en el ictus agudo. Enferm. glob. 2021 [citado 2023 Mayo 18]; 20(64): 108-130. Epub 25-Oct202

Capítulo 56

EMBARAZO Y CORONAVIRUS (COVID-19)

VANESA RUBIO GARCIA

1 Introducción

El embarazo y el COVID-19 han sido temas de investigación científica en los últimos años. Varios estudios han examinado el impacto del virus en las mujeres embarazadas y en el desarrollo fetal.

La COVID-19 es una enfermedad causada por el virus SARS-CoV-2. En cuanto al embarazo, se ha observado que las mujeres embarazadas pueden tener un mayor riesgo de desarrollar síntomas graves de COVID-19 en comparación con las mujeres no embarazadas. Además, existe la posibilidad de que el virus pueda transmitirse de la madre al feto durante el embarazo, aunque esto parece ser poco común.

Según la evidencia actual, las mujeres embarazadas no parecen tener un mayor riesgo de contraer el virus en comparación con la población general.

Se ha observado que las mujeres embarazadas con COVID-19 tienen un mayor riesgo de complicaciones, como parto prematuro y preeclampsia. Sin embargo, es importante destacar que la mayoría de las mujeres embarazadas que contraen la COVID-19 dan a luz a bebés sanos.

Para protegerse del virus, se recomienda a las mujeres embarazadas seguir las mismas medidas preventivas que se aplican a la población en general, como el lavado frecuente de manos, el uso de mascarillas y el distanciamiento social.

Además, es importante que las mujeres embarazadas consulten a su médico para recibir orientación específica sobre su situación individual.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo de investigación es tratar dar a conocer la relación entre embarazo y la enfermedad COVID-19.

3 Metodología

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

4 Resultados

El virus de Covid19 sigue estando presente en nuestra sociedad aunque la prevalencia de la enfermedad hay disminuido notablemente en comparación al inicio de la pandemia en 2020, gracias a la prevención secundaria llevada a cabo a través de la vacunación por parte de la actuación de los profesionales sanitarios a toda la población general en España, incluyéndose a las mujeres embarazadas.

En general, a las mujeres embarazadas hoy en día, se recomienda ponerse al día en cuanto a las dosis de vacunación del Covid 19, para evitar contraer la infección en los 9 meses de gestación, para así evitar futuras complicaciones para el feto tanto en el momento del parto como durante toda la gestación.

La infección por Covid19 durante el embarazo puede requerir la hospitalización de la mujer embarazada, ya sea en la UCI o en la planta de hospitalización común, debido a la inestabilidad respiratoria que produce esta enfermedad.

Por otra parte, existen estudios que afirman que el Covid19, ha generado en las mujeres embarazadas mayor prevalencia de preeclamsia así como un aumento de los casos de bebés prematuros o con retraso en el crecimiento intrauterino.

Por lo tanto, se puede afirmar que contraer la infección por Covid19 durante el embarazo puede conllevar consecuencias negativas tanto para el bebé, pudiendo llegar a producirse incluso la muerte intrauterina del mismo como tanto para la

madre, que puede llegar a padecer enfermedades propias de la gestación como es la hipertensión asociada al embarazo.

Por ultimo, cabe afirmar que la enfermedad por Covid19 atraviesa la barrera feto-placentaria, por lo que si la mujer gestante contrae la enfermedad, podría pasar al feto causando consecuencias negativas para el bebe anteriormente ya descritas,

5 Discusión-Conclusión

La pandemia por Covid19 anteriormente ha generado en toda la población mundial un miedo tanto al contagio propio como al contagio a sus familiares mas directos y vulnerables como son las personas mayores. En plena pandemia por Covid19; fueron muchas las mujeres embarazadas que pasaron la enfermedad con cierto miedo por las consecuencias que podía acarrear en sus fetos. Actualmente; existen estudios que indican que la infección se transmite a través de la barrera fetoplacentaria por lo que se recomienda a las mujeres embarazadas mantener distancia de seguridad y evitar el contacto directo con las personas contagiadas por la enfermedad de covid19.

6 Bibliografía

Islas Cruz MF, Cerón Gutiérrez D, Templos Morales A, Ruvalcaba Ledezma JC, Cotarelo Pérez AK, Reynoso Vázquez J et al . Complicaciones por infección de Covid-19 en mujeres embarazadas y neonatos en el año 2020. JONNPR [Internet]. 2021 [citado 2023 Oct 07] ; 6(6): 881-897.

Cupul-Uicab LA, et al. "Covid-19 durante el embarazo: revisión rápida y metaanálisis." Salud publica de Mexico vol. 63,2, Mar-Abr 242-252. 26 Feb. 202

Capítulo 57

INSUFICIENCIA CARDÍACA RESUELTA EN PACIENTE DE 91 AÑOS

ANA JOAQUINA SUÁREZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La insuficiencia cardiaca (IC) tiene lugar cuando el corazón no es capaz de bombear suficiente sangre al resto del cuerpo. Cuando hay un desequilibrio entre la capacidad del corazón para bombear sangre y las necesidades del organismo. La IC se debe a diferentes causas; el corazón puede fallar su funcionamiento por un problema o porque su capacidad de reacción no satisface lo que el organismo le demanda.

La insuficiencia cardiaca es una enfermedad que no presenta síntomas durante mucho tiempo (llamada fase asintomática). Cuando aparecen, los síntomas predominantes son:

Cansancio anormal por esfuerzos que antes no lo causaban. Fatiga muscular.

Respiración fatigosa por estancamiento de los líquidos en los alvéolos de los pulmones.

Sensación de plenitud del abdomen, anorexia (falta de apetito).

A veces puede aparecer tos seca y persistente motivada por la retención de líquido en los pulmones o por el tratamiento con inhibidores de la enzima de conversión. La reducción del flujo sanguíneo al cerebro puede provocar sensaciones de mareo, confusión, mente en blanco y breves pérdidas de conciencia.

Puede provocar que el flujo de sangre a los riñones no sea suficiente y se produzca retención de líquidos por disminución de la orina. Esta hinchazón suele localizarse en las piernas, los tobillos o el abdomen. Y a veces se orina más por la noche que por el día (nicturia).

Falta de aire (disnea) con el esfuerzo y mala tolerancia al ejercicio por fatiga. En este caso veremos como se resuelve la IC en un paciente de avanzada edad a tratamiento en una planta de hospitalización en tan solo 5 días.

2 Objetivos

Explicar en qué consiste la IC y su tratamiento a raíz de un caso clínico.

3 Caso clínico

Paciente que llega a la unidad de hospitalización procedente de urgencias a donde acudió por aumento de su disnea.

Llega en cama, consciente, acompañado de su mujer y su hijo. A su llegada afebril, Tensión arterial 151/95 mmHg, taquicardia de 115 latidos por minuto, saturación de oxígeno del 90% con Ventimask al 28% por lo que se aumenta al 35%. Portador de vía venosa en miembro superior derecho, para sueroterapia con insulina (se coloca bomba de perfusión a 62.5 ml/h), y de sonda vesical (colocada en urgencias), edemas en miembros inferiores), distensión abdominal.

Con diagnóstico de insuficiencia cardíaca congestiva (ICC)

Como antecedentes presenta: Diabetes tipo 2 a tratamiento con medicación vía oral. Hipercolesterolemia.

Buena diuresis por sonda vesical. A tratamiento con furosemida endovenosa 2 c/8 h, efectivo y prednisona. Control analítico diario en el que se observa un descenso de PCR respecto a la analítica inicial

Observamos que la diuresis diaria en el paciente es buena, 2º día de ingreso se retira sueroterapia y se inicia tolerancia vía oral, siendo buena, se baja dosis de furosemida, disminuyen los edemas en miembros inferiores, poco a poco va desapareciendo esa fatiga así como aumenta la saturación de O₂ hasta que en el tercer día de ingreso se retira el suplemento de O₂.

Al quinto día de ingreso y con una analítica normal, se decide el alta domiciliaria del paciente.

Cabe destacar que durante los días de ingreso el paciente presentó desosiego nocturno, a control con haloperidol endovenoso por orden médica, así como mal estar general focalizado en dolor abdominal, a lo que los facultativos decidieron realizar una interconsulta a cirugía general resultando este dolor finalmente producido por la IC, así mismo fue preciso realizar un escáner de abdomen para

comprobar que no había ninguna otra patología oculta en aquel dolor abdominal.

4 Discusión-Conclusión

Es muy importante en estos casos un abordaje y diagnóstico precoz de la patología para la pronta recuperación del paciente. Aunque es importante no confundir alguno de los síntomas que presenten los pacientes con otras patologías que estén subyacentes.

5 Bibliografía

<https://fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/enfermedades-cardiovasculares/insuficiencia-cardiaca.html>

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000158.htm>

Capítulo 58

PREVENCIÓN DE LESIONES MEDULARES DE ORIGEN TRAUMÁTICO

LUCÍA MARRA MORALES

MARINA GÓMEZ ALONSO

CARLOS GARCÍA ABADILLO LARA

CARLOS LARRAÑETA ESPADAS

GLORIA MORA ALCÁZAR

1 Introducción

La prevención de lesiones medulares de origen traumático es esencial para reducir el impacto devastador que estas lesiones pueden tener en la vida de las personas. Estas lesiones suelen estar relacionadas con accidentes, y la mayoría de ellas son prevenibles mediante medidas de seguridad y educación pública. Aquí se destacan algunas estrategias clave para prevenir lesiones medulares traumáticas:

Seguridad Vial: Promover el uso de cinturones de seguridad y sistemas de retención infantil en automóviles, así como el respeto de las normas de tránsito, puede prevenir lesiones medulares en accidentes automovilísticos.

Prevención de Caídas: La prevención de caídas es fundamental, especialmente en personas mayores. Esto incluye eliminar obstáculos en el hogar, utilizar pasamanos y barras de apoyo, y practicar el equilibrio y la movilidad.

Deportes Seguros: Fomentar la práctica de deportes de manera segura es esencial. Los deportistas deben utilizar equipo de protección adecuado y recibir entrenamiento sobre cómo prevenir lesiones.

Prevención de Lesiones en el Trabajo: En entornos laborales, se deben implementar medidas de seguridad adecuadas y proporcionar capacitación en el uso de equipo de protección personal.

Educación sobre Buceo: Las lesiones medulares por zambullidas en aguas poco profundas son prevenibles. La educación sobre la profundidad del agua y los peligros subacuáticos es esencial.

Prevención de Lesiones en el Deporte Motorizado: Los deportes motorizados conllevan riesgos. Utilizar cascos y equipo de seguridad adecuado, así como respetar las normas de seguridad en las pistas, es crucial.

Concientización Pública: Campañas de concientización pública sobre la prevención de lesiones medulares pueden educar a la población sobre los riesgos y las medidas preventivas.

La prevención de lesiones medulares traumáticas es un esfuerzo conjunto que involucra a individuos, comunidades y gobiernos. La educación, la promoción de la seguridad y la implementación de medidas de prevención son esenciales para reducir el número de personas afectadas por estas lesiones y mejorar la calidad de vida de aquellos que las padecen.

2 Objetivos

Mostrar las funciones de los enfermeros dentro de los procesos y situaciones que se describen el título en su puesto de trabajo del 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

La prevención de lesiones medulares traumáticas es una parte importante de la labor de enfermería, ya que implica educar, promover medidas de seguridad y proporcionar atención en situaciones de riesgo. Aquí se describen las funciones clave de los enfermeros en la prevención de lesiones medulares de origen traumático:

Educación y Promoción de la Seguridad: Los enfermeros desempeñan un papel crucial al educar a la población sobre los riesgos de las lesiones medulares traumáticas. Esto incluye la difusión de información sobre seguridad vial, prevención de caídas, uso de equipo de protección en deportes y medidas de seguridad en el trabajo. También se brinda orientación sobre buceo seguro y prácticas seguras en deportes motorizados.

Evaluación del Riesgo: En entornos clínicos, los enfermeros evalúan el riesgo de lesiones medulares traumáticas en pacientes, especialmente en aquellos con antecedentes de accidentes automovilísticos, caídas o lesiones deportivas. Esto permite identificar a personas en riesgo y tomar medidas preventivas específicas.

Asesoramiento y Orientación: Los enfermeros proporcionan asesoramiento individualizado a pacientes y familias sobre cómo prevenir lesiones medulares. Esto puede incluir recomendaciones para modificar el hogar y mejorar la seguridad, así como el uso adecuado de dispositivos de movilidad.

Participación en Programas de Prevención: Los enfermeros pueden involucrarse en programas comunitarios de prevención de lesiones medulares, como campañas de educación sobre seguridad vial, eventos de revisión de seguridad en el hogar y programas de capacitación en deportes seguros.

Cuidado de Pacientes con Lesiones Medulares: Los enfermeros desempeñan un papel fundamental en el cuidado de pacientes que ya han sufrido lesiones medulares traumáticas. Proporcionan atención especializada, incluida la prevención de complicaciones, el manejo del dolor y la rehabilitación.

Monitoreo y Evaluación de Intervenciones: Los enfermeros supervisan la efectividad de las intervenciones preventivas implementadas y ajustan las estrategias según sea necesario. Esto implica un seguimiento continuo de la seguridad en el

entorno del paciente y la evaluación de cambios en el comportamiento de riesgo.

Colaboración Interdisciplinaria: Trabajar en equipo con otros profesionales de la salud, como médicos, terapeutas y trabajadores sociales, es esencial en la prevención de lesiones medulares traumáticas. Esta colaboración asegura una atención integral y una respuesta efectiva en caso de lesión.

Los enfermeros desempeñan un papel fundamental en la prevención de lesiones medulares traumáticas a través de la educación, la promoción de la seguridad y la atención centrada en el paciente. Su trabajo contribuye significativamente a reducir el impacto de estas lesiones en la salud pública y a mejorar la calidad de vida de las personas.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación fundamental para un buen tratamiento en la prevención de lesiones medulares es la educación constante y la concientización. Los enfermeros deben destacar la importancia de adoptar medidas de seguridad en todas las etapas de la vida, desde la infancia hasta la vejez. Esto incluye la promoción del uso de cinturones de seguridad, el respeto de las normas de tránsito, la prevención de caídas en el hogar y la utilización de equipo de protección en deportes y actividades recreativas.

Además, es crucial fomentar una cultura de prevención en la comunidad, destacando que la mayoría de las lesiones medulares traumáticas son prevenibles. Esto puede lograrse a través de campañas de concientización y programas educativos en escuelas y lugares de trabajo. La prevención es un esfuerzo colectivo y cada individuo tiene un papel importante en su propia seguridad y en la de los demás.

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 59

EL PAPEL DEL ENFERMERO EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON SHOCK ANAFILÁCTICO

LUCÍA MARRA MORALES

MARINA GÓMEZ ALONSO

CARLOS GARCÍA ABADILLO LARA

CARLOS LARRAÑETA ESPADAS

GLORIA MORA ALCÁZAR

1 Introducción

El shock anafiláctico es una reacción alérgica grave y potencialmente mortal que puede ocurrir en respuesta a la exposición a una sustancia a la que una persona es alérgica. Esta reacción alérgica extrema se caracteriza por una respuesta inmunológica abrumadora que afecta a todo el cuerpo y puede llevar a una disminución abrupta de la presión arterial y la función respiratoria. Aquí se resumen algunos aspectos clave del shock anafiláctico:

Causas: El shock anafiláctico puede ser desencadenado por alérgenos como alimentos, medicamentos, picaduras de insectos, látex y sustancias químicas. En algunos casos, la causa puede ser desconocida.

Síntomas: Los síntomas del shock anafiláctico pueden variar, pero a menudo incluyen dificultad para respirar, hinchazón de la cara y la garganta, urticaria, presión arterial baja, confusión, náuseas y vómitos. Los síntomas pueden progresar rápidamente y poner en peligro la vida.

Tratamiento: El tratamiento inmediato es esencial. Se administra epinefrina (adrenalina) para contrarrestar la reacción alérgica y estabilizar la presión arterial y la respiración. Además, se pueden administrar antihistamínicos y corticosteroides para reducir la inflamación.

Atención Médica de Emergencia: Después de administrar la epinefrina, se debe buscar atención médica de emergencia. Los pacientes suelen ser ingresados en el hospital para una observación más extensa y para tratar cualquier complicación.

Prevención: La prevención es clave para quienes son alérgicos. Esto implica evitar los desencadenantes conocidos y llevar consigo un autoinyector de epinefrina en caso de una reacción alérgica grave.

El shock anafiláctico es una emergencia médica que requiere atención inmediata. Reconocer los síntomas y tomar medidas rápidas, como la administración de epinefrina, puede salvar vidas. Las personas con alergias conocidas deben trabajar con su médico para desarrollar un plan de acción en caso de shock anafiláctico y estar preparadas para actuar en caso de necesidad.

2 Objetivos

Mostrar las funciones de los enfermeros dentro de los procesos y situaciones que se describen el título en su puesto de trabajo del 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 manejo del paciente con shock anafiláctico es una situación crítica que requiere una respuesta rápida y coordinada por parte del enfermero. Aquí se describen las acciones clave que un enfermero debe tomar al enfrentar un paciente en estado de shock anafiláctico:

Evaluación Rápida: El enfermero debe realizar una evaluación inicial del paciente para identificar los signos y síntomas del shock anafiláctico. Esto incluye observar la dificultad respiratoria, la presencia de urticaria, hinchazón facial, confusión, y registrar signos vitales como la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la saturación de oxígeno.

Administrar Epinefrina: La epinefrina es la piedra angular del tratamiento. El enfermero debe administrar epinefrina mediante un autoinyector en el muslo del paciente tan pronto como se sospeche el shock anafiláctico. Esto ayuda a revertir la reacción alérgica, mejorar la presión arterial y abrir las vías respiratorias.

Mantener la Vía Aérea: Es esencial mantener una vía aérea permeable. Si el paciente muestra signos de obstrucción de las vías respiratorias debido a la hinchazón, el enfermero debe estar preparado para realizar maniobras de apertura de la vía aérea, como la elevación del mentón o la extensión del cuello.

Administración de Medicamentos Adicionales: Junto con la epinefrina, se pueden administrar antihistamínicos y corticosteroides para reducir la inflamación y los síntomas alérgicos. La dosis y la vía de administración dependen de la gravedad de la reacción.

Monitoreo Continuo: El enfermero debe realizar un monitoreo constante de los signos vitales, incluyendo la presión arterial, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno. Esto permite evaluar la respuesta al tratamiento y detectar cualquier deterioro.

Preparación para la Reacción en Cadena: En casos graves, el shock anafiláctico puede llevar a una cascada de eventos que incluyen insuficiencia respiratoria, insuficiencia circulatoria y paro cardíaco. El enfermero debe estar preparado para realizar maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) si es necesario.

Comunicación y Coordinación: Es fundamental comunicarse de manera efectiva con el equipo médico, incluyendo médicos de emergencia y especialistas, para coordinar la atención del paciente y decidir si es necesario el ingreso en la unidad.

de cuidados intensivos.

El manejo del shock anafiláctico es una emergencia médica que requiere una respuesta rápida y eficaz. Los enfermeros desempeñan un papel crucial en la identificación, la administración de tratamiento y la monitorización del paciente. La educación y la capacitación constante son esenciales para que los enfermeros estén preparados para brindar atención de alta calidad en situaciones de shock anafiláctico.

5 Discusión-Conclusión

Un buen manejo del paciente con shock anafiláctico requiere una respuesta rápida y precisa. En primer lugar, la prioridad es administrar epinefrina de manera inmediata utilizando un autoinyector en el muslo del paciente, seguido de la apertura de las vías respiratorias si es necesario. Posteriormente, es crucial mantener una monitorización constante de los signos vitales y responder a cualquier cambio de manera diligente.

La comunicación efectiva con el equipo médico y la coordinación en la atención son fundamentales para garantizar el mejor resultado posible para el paciente. Además, se debe brindar educación al paciente y su familia sobre la prevención de futuras reacciones alérgicas y el uso adecuado de la epinefrina en caso de necesidad. La rapidez y la precisión en la atención son esenciales para salvar vidas en casos de shock anafiláctico.

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 60

FUNCIONES DEL ENFERMERO EN LOS ACCESOS VASCULARES DE PACIENTES ONCOLÓGICOS

LUCÍA MARRA MORALES

MARINA GÓMEZ ALONSO

CARLOS GARCÍA ABADILLO LARA

CARLOS LARRAÑETA ESPADAS

GLORIA MORA ALCÁZAR

1 Introducción

Los accesos vasculares en pacientes oncológicos desempeñan un papel crucial en el tratamiento y el cuidado de estas personas. Estos dispositivos permiten la administración segura y eficiente de medicamentos, quimioterapia y otros tratamientos necesarios durante el curso de la enfermedad. Aquí se describen algunos de los accesos vasculares más comunes utilizados en pacientes oncológicos:

- Catéter Venoso Central (CVC):

Este dispositivo se coloca en una vena principal, como la vena subclavia o yugular, y se usa para la administración de quimioterapia, transfusiones y otros tratamientos intravenosos prolongados. Los CVC pueden ser temporales o permanentes.

- Catéter Venoso Periférico (CVP):

Aunque no es específico para pacientes oncológicos, los CVP se utilizan con frecuencia para administrar medicamentos y fluidos en venas periféricas, como las del brazo. Son menos invasivos que los CVC.

- Port-a-Cath:

Se trata de un dispositivo implantable bajo la piel que se conecta a una vena principal. Los pacientes oncológicos a menudo optan por el Port-a-Cath debido a su comodidad y discreción. Facilita la administración de tratamientos y se utiliza a largo plazo.

- Catéter de Diálisis Peritoneal:

En algunos casos, los pacientes con cáncer pueden requerir diálisis peritoneal para abordar complicaciones relacionadas con el tratamiento o el avance de la enfermedad. Estos catéteres se insertan en la cavidad abdominal.

La elección del acceso vascular depende de varios factores, como el tipo de tratamiento, la duración prevista del tratamiento, la salud general del paciente y sus preferencias. Los enfermeros desempeñan un papel clave en la selección, el mantenimiento y la monitorización de estos accesos, asegurándose de que funcionen correctamente y minimizando el riesgo de complicaciones. La atención meticulosa a estos dispositivos es esencial para garantizar que los pacientes oncológicos reciban el tratamiento necesario de manera segura y efectiva, al tiempo que se promueve su comodidad y bienestar durante su lucha contra el cáncer.

2 Objetivos

Exponer las funciones del profesional de enfermería en el manejo de los accesos vasculares en el paciente oncológico.

3 Metodología

En esta investigación se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos, contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa, como PubMed, Medline y Scielo. En una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

Los enfermeros desempeñan un papel fundamental en la gestión de los accesos vasculares en pacientes oncológicos, ya que estos dispositivos son esenciales para la administración segura y efectiva de tratamientos. Aquí se detallan las funciones clave de los enfermeros en este ámbito:

- Evaluación y Selección del Dispositivo:

Los enfermeros trabajan en estrecha colaboración con el equipo médico para evaluar las necesidades de acceso vascular de cada paciente oncológico. Esto incluye considerar el tipo de tratamiento, la duración prevista y la salud general del paciente. En función de esta evaluación, ayudan a seleccionar el dispositivo más adecuado, ya sea un catéter venoso central, un catéter venoso periférico o un Port-a-Cath.

- Inserción y Colocación del Dispositivo:

En muchos casos, los enfermeros están capacitados para realizar la inserción inicial de dispositivos como catéteres venosos centrales percutáneos (CVC). Esta habilidad es valiosa, ya que permite una atención más inmediata y reduce la necesidad de trasladar al paciente a quirófano. También se encargan de la colocación adecuada y la confirmación radiológica de la posición del dispositivo.

- Cuidado y Mantenimiento Continuo:

Una vez que se coloca el acceso vascular, los enfermeros asumen la responsabilidad de su cuidado y mantenimiento. Esto incluye la monitorización constante de signos de infección, inspección de la integridad del sitio de inserción y la administración de cuidados estériles durante las curas. También educan al paciente sobre el autocuidado y la observación de signos de complicaciones.

- Administración de Tratamientos:

Los enfermeros son responsables de administrar tratamientos, quimioterapia y otros medicamentos a través de los accesos vasculares. Esto requiere habilidades en la preparación de medicamentos, la administración adecuada y la monitorización de posibles reacciones adversas.

- Educación al Paciente:

Los enfermeros desempeñan un papel crucial al educar a los pacientes oncológicos sobre sus accesos vasculares. Explican la importancia del dispositivo, cómo cuidarlo en casa, qué signos de complicaciones deben observar y cómo comunicarse con el equipo médico en caso de preocupaciones.

- **Prevención de Complicaciones:**

La prevención de complicaciones es esencial en la gestión de accesos vasculares. Los enfermeros trabajan diligentemente para minimizar el riesgo de infecciones, obstrucciones y otros problemas relacionados con estos dispositivos. Realizan cambios de apósitos y mantienen una higiene meticulosa.

- **Retiro del Dispositivo:**

Cuando ya no se necesita el acceso vascular, los enfermeros se encargan de su retiro de manera segura y con mínimas molestias para el paciente.

El papel del enfermero en la gestión de accesos vasculares en pacientes oncológicos es esencial para garantizar que estos dispositivos cumplan su propósito sin complicaciones. Los enfermeros proporcionan atención integral, apoyo emocional y educación que son vitales en el viaje de tratamiento del paciente con cáncer. Su experiencia y cuidado contribuyen significativamente a la calidad de vida y el bienestar de estos pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Se destaca la importancia que para un óptimo cuidado de los accesos vasculares en pacientes oncológicos, es esencial una comunicación abierta y educativa. En primer lugar, animar a los pacientes a hacer preguntas y expresar cualquier preocupación que puedan tener acerca de su acceso vascular. Explicar la importancia de mantener una buena higiene en el sitio de inserción y la vigilancia de signos de infección o complicaciones. También se les alentaría a mantener registros de sus cuidados en casa y a comunicarse con el equipo de atención médica si notan cambios o problemas.

Se enfatiza la necesidad de seguir las pautas de cuidado proporcionadas por el personal de enfermería y de acudir a las citas de seguimiento programadas para un monitoreo continuo.

El autocuidado y la observación diligente son fundamentales para mantener los accesos vasculares en óptimas condiciones y asegurar el éxito de los tratamientos oncológicos.

6 Bibliografía

1. 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 61

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

MARIA JOSE MARIN SANCHA

MARTA TENDERO RUIZ

JESÚS RUIZ CIFUENTES

ANA ISABEL MOLINA CLEMOT

BLANCA CEBRIÁN SÁNCHEZ

1 Introducción

Especialmente para aquellos que han sufrido una lesión en la cabeza, el procedimiento neuroquirúrgico conocido como drenaje ventricular externo (DVE) se usa con frecuencia para tratar a pacientes neurológicos graves que necesitan cuidados intensivos. Se puede controlar la presión intracraneal (PIC) y el drenaje del líquido cefalorraquídeo (LCR) del ventrículo cerebral lateral mediante este catéter, que se inserta allí. DVE se utiliza en casos de hemorragia, hidrocefalia y hemorragia intracraneal además de su función diagnóstica.

Aunque la DVE es una herramienta crucial en el tratamiento de pacientes neuroquirúrgicos, existe la posibilidad de que se produzcan complicaciones, en particular infecciones del sistema nervioso central como meningitis y ventriculitis.

Para reducir estos riesgos y garantizar los mejores resultados posibles para los pacientes, esta tecnología debe gestionarse adecuadamente.

El equipo multiprofesional es crucial para el tratamiento de pacientes con EVE, y el personal de enfermería en particular tiene un papel importante que desempeñar en la administración de la atención. El funcionamiento del EVD, sus indicaciones de uso, la monitorización de la PIC, el control del drenaje del LCR y la detección temprana de posibles complicaciones son temas que las enfermeras deben conocer bien. Para evitar infecciones relacionadas con el EVD, también deben recibir capacitación en asepsia y técnicas de esterilización.

2 Objetivos

Explicar los cuidados del personal de enfermería ante un paciente neurocrítico con drenaje ventricular externo, incluyendo sus beneficios e inconvenientes.

3 Metodología

Para la preparación para este capítulo se realizó una búsqueda exhaustiva de libros y una consulta de artículos de las principales bases de datos. Se eligieron los artículos científicos de revistas académicas revisadas por pares utilizando Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

Para evitar complicaciones y garantizar resultados exitosos para los pacientes sometidos a neurocirugía, el mantenimiento y cuidado adecuados del drenaje ventricular externo (EVE) son cruciales. Se enumeran a continuación.

Principales aspectos en los que pensar y consejos para la atención de enfermería en relación con DVE.

La observación constante de los síntomas neurológicos y de la presión intracraneal (PIC) es el primer componente fundamental. El uso de la escala de Glasgow para medir el nivel de conciencia del paciente de forma regular es esencial para identificar posibles aumentos de la PIC. Además, es importante controlar periódicamente a los alumnos para medir su tamaño y reactividad porque esta información es útil detalles adicionales sobre la condición neurológica del paciente.

Gestionar correctamente el sistema de drenaje y evitar obstrucciones son otros factores cruciales. Salvo contraindicación médica específica, se aconseja mantener la cabecera de la cama entre 20 y 30 grados. Además, es mejor evitar sobreestimular al paciente y aspirar secreciones innecesarias. Es recomendable evitar la maniobra de Valsalva y tomar precauciones para evitar el estreñimiento y las molestias intestinales.

Para garantizar un equilibrio hidroelectrolítico adecuado, el drenaje del líquido cefalorraquídeo (LCR) debe estar bajo control. Se debe observar la apariencia y el volumen del líquido drenado mientras se monitorea la producción de LCR cada hora.

Cualquier alteración en el color del Líquido Cefalorraquídeo (LCR) o apariencia turbia podría ser un signo de complicaciones, como una infección. Para evitar pellizcos o retorcimientos accidentales que podrían impedir un flujo adecuado de LCR, también se debe tener cuidado de mantener la permeabilidad del drenaje.

Durante procedimientos relacionados, como la toma de muestras de LCR o la administración de medicación intratecal, se recomienda utilizar técnicas asépticas y manipular el sistema de drenaje lo menos posible. El sitio de inserción del catéter debe limpiarse y sellarse adecuadamente de forma regular para evitar la entrada de microorganismos y una posible colonización bacteriana.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente hay poca investigación sobre los cuidados de enfermería para pacientes con enfermedades externas. Drenaje ventricular (DVE). Sin embargo, se concluye que estos cuidados son necesarios para asegurar un correcto manejo del dispositivo y evitar complicaciones.

Se han relacionado la frecuencia de las muestras de líquido cefalorraquídeo (LCR), la duración de la EVE y la aparición de infecciones asociadas.

Para evitar manipulaciones innecesarias que puedan comprometer la esterilidad, se recomienda extraer muestras de LCR únicamente de forma estéril y cuando exista sospecha clínica de complicaciones infecciosas.

En conclusión, los cuidados de enfermería adecuados son fundamentales para el manejo del drenaje ventricular externo en pacientes neuroquirúrgicos.

Para mejorar los resultados y la seguridad de los pacientes con EVE, es fundamental tener un conocimiento profundo del sistema de drenaje, la medicina preventiva, la educación sanitaria y la atención continua.

6 Bibliografía

1.Sánchez IR. Cuidados postquirúrgicos del drenaje ventricular externo. Actuación integral de Enfermería.

Capítulo 62

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES EN LA INTUBACIÓN DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

MARIA JOSE MARIN SANCHA

MARTA TENDERO RUIZ

JESÚS RUIZ CIFUENTES

ANA ISABEL MOLINA CLEMOT

BLANCA CEBRIÁN SÁNCHEZ

1 Introducción

En caso de emergencia, se puede insertar un tubo endotraqueal a través de la boca, este procedimiento se utiliza para apoyar la respiración en algunas enfermedades, como por ejemplo, y para asegurar las vías respiratorias mientras se administra oxígeno, medicamentos y anestesia.

Se usa también para eliminar obstrucciones de las vías respiratorias; salvaguardar los pulmones del riesgo de aspiración, entre otras cosas.

El paciente puede correr riesgo de sufrir lesiones en las cuerdas vocales, laringe, tráquea, tiroides o esófago, así como sangrado, infección y perforación de los tejidos blandos de la caja torácica, lo que podría provocar un colapso pulmonar.

El médico es el experto que realiza este procedimiento y siempre hay un profesional de enfermería presente para ayudar.

El profesional de enfermería debe conocer la técnica y los materiales utilizados, contribuyendo con su buen hacer a que el procedimiento se realice sin alteraciones y complicaciones, brindando asistencia en todo momento y anticipándose a los acontecimientos para que el médico tenga margen. De acción en esta técnica difícil y que requiere mucho tiempo, ya que incluso un retraso de unos pocos segundos podría causar que el paciente experimente resultados desastrosos e incluso provocar incluso hasta la muerte.

En consecuencia, el personal de enfermería necesita tener conocimientos para poder hacerlo.

2 Objetivos

Examinar la asistencia requerida del profesional de enfermería durante el proceso de intubación endotraqueal y la importancia de su contribución al procedimiento.

3 Metodología

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

4 Resultados

El mejor método para cerrar permanentemente las vías respiratorias es la intubación endotraqueal, que consiste en insertar un tubo en la tráquea para asegurar la ventilación del paciente.

Además de succionar la tráquea y administrar medicamentos, este procedimiento permite administrar oxígeno en alta concentración.

Enfermería debe preparar para este procedimiento, entre otros, los siguientes materiales: tubos endotraqueales, cánulas orofaríngeas de diferentes tamaños, estetoscopio, pinza, magill, guantes, lubricante, jeringa de 10 mililitros, vendaje, tijeras, aspirador, sujetador semirrígido, filtro antibacteriano, fuente de oxígeno,

bolsas de ventilación con Entre los suministros se encuentran reservorios y máscaras de varios tamaños.

En todo momento, la enfermera apoyará al médico proporcionándole las herramientas necesarias y ayudándolo en la fijación del tubo endotraqueal.

Para realizar la técnica, la enfermería debe extender un paño esterilizado, disponer sobre él todos los materiales y comprobar el buen funcionamiento de cada elemento, especialmente el laringoscopio y el balón de neumotaponamiento. Para que el médico pueda posicionarse detrás de la cabeza del paciente y realizar su trabajo, se debe colocar al paciente en decúbito supino con el cuello extendido el método correctamente.

Enfermería debe asegurarse de que el paciente no tenga una prótesis en la boca y, si es necesario, retirarla.

Una vez insertado el tubo, la enfermería debe confirmar su correcta colocación mediante ambos campos pulmonares y auscultación epigástrica.

Utilizando una cánula, mascarilla y bolsa de reanimación con un reservorio de oxígeno conectado a una fuente de oxígeno, la enfermería debe ventilar y oxigenar al paciente después de la intubación.

Después de la intubación, se requiere que la enfermería administre cuidados especiales con el objetivo de mejorar la comodidad del paciente y prevenir posibles complicaciones, siendo la neumonía nosocomial el principal problema que puede surgir.

5 Discusión-Conclusión

El profesional de enfermería debe conocer la técnica y los materiales utilizados, contribuyendo con su buen hacer a que el procedimiento se realice sin alteraciones y complicaciones, brindando asistencia en todo momento.

Después de la intubación, se requiere que el personal de enfermería administre cuidados especiales con el objetivo de mejorar la comodidad del paciente y prevenir posibles complicaciones.

Enfermería debe siempre asegurarse de que el paciente no tenga una prótesis en la boca y, si es necesario, retirarla.

El mejor método para cerrar permanentemente las vías respiratorias es la intubación endotraqueal, que consiste en insertar un tubo en la tráquea para asegurar la ventilación del paciente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 63

LLENADO DE LOS TUBOS DE SANGRE POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

MARIA JOSE MARIN SANCHA

MARTA TENDERO RUIZ

BLANCA CEBRIÁN SÁNCHEZ

ANA ISABEL MOLINA CLEMOT

JESÚS RUIZ CIFUENTES

1 Introducción

Los errores en la solicitud, recolección y/o análisis de muestras pueden perjudicar gravemente al paciente porque los resultados de laboratorio son el factor principal en la mayoría de las decisiones médicas.

Es más probable que se produzcan errores en la fase preanalítica de este proceso (46-68%), que implica principalmente extracciones de sangre (1). Las flebotomías se realizan frecuentemente en los hospitales para el manejo y seguimiento de los pacientes porque nos permiten determinar el estado de diversos parámetros, como los bioquímicos, hematológicos y microbiológicos, de forma mínimamente invasiva. (2).

El Instituto de Estándares de Laboratorio Clínico (CLSI) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han desarrollado pautas para minimizar los riesgos e impartir conocimientos sobre extracciones de sangre a los profesionales, quienes recopilan y examinan cada faceta del proceso (3).

Sin embargo, algunas de sus recomendaciones han sido objeto de estudios y aún causan debate, como el orden correcto en el que se deben llenar los tubos a la hora de extraer muestras de sangre.

Cuando en 1977 se informó de un caso falso de hipocalcemia e hiperpotasemia debido a una muestra supuestamente contaminada, empezó a adquirir un significado especial.

De manera similar, Calam y Cooper informaron en 1982 que las muestras estaban contaminadas con anticoagulante cuando no se seguía el orden de llenado correcto.

2 Objetivos

- Informar sobre la secuencia recomendada de colocación de los tubos de muestra en una extracción de sangre, utilizando el relleno adecuado y resaltar la importancia del trabajo de enfermería para un diagnóstico acertado.

3 Metodología

Para la preparación de este trabajo se realizó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada. Se realizó una búsqueda exhaustiva de libros y artículos especializados en las tres principales bases de datos: Medline, Pubmed y Scielo, y se seleccionaron trabajos con contenido pertinente al tema del estudio.

4 Resultados

La investigación realizada por Calam y Cooper en 1982 sirvió de base para las recomendaciones internacionales (CLSI y OMS). En este estudio, la hiperpotasemia y la hipocalcemia, dos indicadores de contaminación con EDTA (ácido etilendiaminotetraacético) se produjeron al llenar los tubos en el orden incorrecto. Por otro lado, la contaminación cruzada era imposible de reproducir en circunstancias ideales y solo ocurría durante punciones venosas desafiantes (1). Luego se investigó exhaustivamente el impacto del orden de llenado incorrecto en diversos parámetros bioquímicos y de coagulación. Por un lado, independientemente del orden en el que se recojan las muestras, no se producen cambios significativos en los marcadores analizados en los estudios que utilizan sistemas de extracción cerrados. De manera similar, el consenso general es que la contaminación

cruzada solo ocurriría en extracciones complejas cuando sería más común el uso de jeringa y aguja.

Se recomienda utilizar otro tubo en ciertos sistemas de recolección abiertos para eliminar el aire de la conexión de plástico flexible cuando el tubo de citrato de sodio (marcadores y pruebas de coagulación) es el primero en recolectarse.

Esto asegura la proporción adecuada de sangre y anticoagulante y previene el efecto de la tromboplastina cutánea(4). Orden de llenado, organizaciones y profesionales: Por otro lado, existen protocolos sobre el orden de llenado en cada centro de trabajo y hospital, aunque los profesionales de la salud no siempre cumplen con estos estándares. Lo más probable es que esto se deba a que las condiciones de las extracciones no siempre son las ideales, pero también son consecuencia del desconocimiento de las sugerencias por parte del personal.

De manera similar al EDTA, el uso de sistemas de extracción cerrados prácticamente elimina el riesgo de contaminación con citrato de sodio y/o heparina de litio, independientemente del orden de llenado utilizado.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los resultados de la investigación muestran que existe controversia en torno al orden de llenado. Cabe señalar, sin embargo, que la mayoría de los estudios emplean diversos aparatos y técnicas de extracción.

Cuando se utilizan sistemas de extracción cerrados y los profesionales sanitarios siguen los estándares CLSI y OMS, la contaminación cruzada es prácticamente inexistente, según estudios in vitro e in vivo.

Por lo tanto, se esperaría que la contaminación y los cambios de parámetros estuvieran más relacionados con la dificultad, el material y/o la técnica utilizada en la extracción que con el orden en que se llenaron los tubos de muestra. Sin embargo, el orden de presentación parece tener un impacto en los resultados de los análisis.

6 Bibliografía

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

Capítulo 64

ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER

MILAGROS HONRUBIA PÉREZ

ALMUDENA TORRES ATIENZAR

IKER AÑIBARRO ARRIETA

MARINA SAN ROMÁN ARRILLAGA

ALBA MARIA ARENAS BURRIEL

1 Introducción

La enfermedad de Alzheimer está muy presente en la actualidad, es una forma habitual de demencia que afecta el cerebro, y aunque puede ocurrir en personas jóvenes, es más común en personas más mayores de sesenta años. Este tipo de enfermedad es provocada básicamente por un aumento de la degeneración de las células cerebrales, lo que causa la pérdida de memoria, cambios en la personalidad y el comportamiento, y una merma considerable de la capacidad cognitiva de la persona que padece la enfermedad.

Aunque la causa exacta del Alzheimer es desconocida, se cree que puede ser el resultado de una combinación de factores genéticos y ambientales. Con los novedosos avances científicos se han identificado ciertos marcadores de riesgo, como la edad avanzada, la historia familiar de Alzheimer y ciertos genes, así como la hipertensión arterial, la diabetes, la obesidad y la falta de actividad física.

El Alzheimer afecta muy negativamente a la gente que lo padece y a su entorno, ya que los síntomas pueden empeorar con el tiempo, lo que puede mermar notablemente la calidad de vida. A medida que los pacientes pierden la capacidad de cuidarse a sí mismos, sus familias y cuidadores asumen una mayor responsabilidad en su cuidado, lo que puede ser emocional y físicamente agotador y puede tener un impacto significativo en su calidad de vida.

El Alzheimer también tiene un gran impacto económico, ya que el costo de la atención médica, la atención a largo plazo y los servicios de apoyo para los pacientes y sus cuidadores puede ser abrumador. Además, la enfermedad puede afectar negativamente la capacidad de los pacientes para trabajar, lo que puede tener un impacto significativo en la economía.

2 Objetivos

Proporcionar información sobre el Alzheimer, cómo afecta a la calidad de vida de las personas que lo padecen y las opciones de tratamiento.

3 Metodología

Para la realización de este documento se ha realizado una revisión bibliográfica acerca de los cuidados enfermeros ante el Alzheimer empleando como motor de búsqueda Google Académico. Se han consultado distintas fuentes bibliográficas en la búsqueda como son páginas web, revistas online o bases de datos.

4 Resultados

La enfermedad de Alzheimer es una manifestación muy común en la actualidad de demencia, definido habitualmente por la pérdida de memoria y otras habilidades cognitivas que son lo suficientemente graves como para interferir en el día a día del paciente. Los primeros síntomas del Alzheimer pueden incluir dificultades para recordar cosas recientes, cambios de humor y pérdida de interés en actividades que antes disfrutaban.

El efecto financiero del Alzheimer también es importante. El gasto de la atención sanitaria, la asistencia de larga duración y los servicios de respaldo para los enfermos y sus cuidadores puede ser abrumador. Asimismo, la enfermedad puede perjudicar adversamente la habilidad de los pacientes para laborar, lo que puede tener un efecto considerable en la economía.

En la actualidad no se conoce una cura como tal para este tipo de enfermedad, no obstante hay otros métodos alternativos de cuidados y tratamiento que pueden ayudar reduciendo el avance de la enfermedad y su afectación al paciente, mejorando así su calidad de vida. Los tratamientos farmacológicos para el Alzheimer se basan en inhibidores de la colinesterasa . Estos medicamentos colaboran mejorando considerablemente la memoria y la función cognitiva perdida de los pacientes. También se utilizan tratamientos no farmacológicos como terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del lenguaje. Estos tratamientos pueden ayudar a los pacientes a mantener su independencia y mejorar su calidad de vida.

A medida que avanza la enfermedad en el tiempo, los pacientes pueden experimentar problemas de lenguaje, dificultades para realizar tareas cotidianas y cambios en su personalidad. En etapas avanzadas, los pacientes pueden tener muchos problemas para comunicarse de manera adecuada , problemas de movilidad y pueden necesitar atención las 24 horas del día.

La atención y el cuidado crónico de los pacientes con Alzheimer es una necesidad prioritaria. Los cuidadores pueden ayudar a los pacientes con tareas cotidianas, como vestirse, bañarse y comer. También pueden ayudar a los pacientes a mantenerse activos y comprometidos socialmente.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión se puede concretar que el Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa que afecta de una manera más habitual a personas por encima de los sesenta años de edad. En la actualidad, a pesar de los avances científicos y tecnológicos no se cuenta con una cura total para la enfermedad, pero existen tratamientos que pueden ayudar a frenar el avance de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Los tratamientos incluyen medicamentos y terapias no farmacológicas.

El cuidado a largo plazo de los pacientes con Alzheimer es algo prioritario. Los cuidadores pueden ayudar a los pacientes con tareas cotidianas, como vestirse, bañarse y comer. También pueden ayudar a los pacientes a mantenerse activos y comprometidos socialmente. Los grupos de apoyo también pueden proporcionar apoyo de manera emocional y asesoramiento en el día a día.

6 Bibliografía

1. Mayoralas G. Enfermedad de Alzheimer: la perspectiva de los cuidadores. Gerokomos. 2019.

2. Archibaldo D. Trastornos conductuales en la enfermedad de Alzheimer.
3. Scielo 2013, https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071727200304120003.

Capítulo 65

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON DIABETES

MILAGROS HONRUBIA PÉREZ

ALMUDENA TORRES ATIENZAR

IKER AÑIBARRO ARRIETA

MARINA SAN ROMÁN ARRILLAGA

ALBA MARIA ARENAS BURRIEL

1 Introducción

La diabetes es una enfermedad con mucha incidencia en la actualidad, debido a su condición crónica esta requiere de una atención sanitaria y unos controles rigurosos con el objetivo de poder controlar la enfermedad y evitar problemas más graves en el largo plazo. Descuidar una enfermedad como la diabetes puede producir diversas complicaciones como podrían ser distintas enfermedades cardiovasculares, neuropatía, retinopatía e incluso amputaciones de miembros. El papel enfermero toma una gran relevancia en el manejo de enfermedades crónicas como la diabetes, debido a que pasan bastante tiempo con el paciente en el día a día se hacen una idea general del estado del paciente y su evolución.

Es preciso que el personal sanitario y en concreto los enfermeros tengan los conocimientos necesarios y actualizados para el correcto manejo del paciente con diabetes así como los últimos dispositivos tecnológicos pensados para facilitar y mejorar la calidad de vida de los pacientes con diabetes haciendo mucho

más sencillas tareas fundamentales como es el control de glucemia. La atención de enfermería a pacientes con diabetes debe ser personalizada y adaptada a las necesidades individuales de cada paciente, y debe enfocarse en la prevención de complicaciones y el fomento de un estilo de vida saludable.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es analizar la atención de enfermería a pacientes con diabetes, destacando las principales intervenciones de enfermería y los cuidados que se deben proporcionar a estos pacientes.

3 Metodología

Para la realización de este documento se ha realizado una revisión bibliográfica acerca de los cuidados enfermeros al paciente con nutrición enteral, empleando como motor de búsqueda Google Académico. Se han consultado distintas fuentes como páginas web, revistas y bases de datos sanitarias.

4 Resultados

El desarrollo de la atención de enfermería a pacientes con diabetes implica una serie de intervenciones y cuidados que tienen como objetivo afectar de una manera muy positiva a la calidad de vida del paciente y pudiendo reducir las posibles dificultades derivadas y complicaciones posteriores. Algunas de las principales intervenciones de enfermería incluyen:

Control de la glucemia: El control de glucemias es fundamental para poder controlar adecuadamente la enfermedad. El enfermero debe monitorizar los niveles de glucemia del paciente y ajustar la dosis de insulina o hipoglucemiantes orales según sea necesario. Es importante como profesional formar al paciente cómo medir sus niveles de glucemia en su hogar para poder controlarlo sin estar en el centro sanitario.

Educación del paciente: Formar adecuadamente y proporcionar la información al paciente es muy importante. El enfermero debe proporcionar al paciente información sobre la dieta adecuada, la actividad física y el control de la glucemia. También debe enseñar al paciente cómo administrar la insulina o los hipoglucemiantes orales, y cómo evitar los errores más comunes en su administración.

Prevención de complicaciones: Este tipo de enfermedad crónica puede ser la causante de varias dificultades y complicaciones derivadas en el tiempo que pueden afectar a diferentes sistemas del cuerpo. Como profesional sanitario es preciso prestar atención a las complicaciones asociadas a la diabetes, como las úlceras muy comunes en los pies (conocidas como pie diabético), las infecciones y la retinopatía. Se debe formar al paciente en la acción preventiva e instarlo a acudir a profesionales de la medicina si aparecen.

Apoyo emocional: La diabetes puede tener un impacto significativo en la calidad de vida del paciente y en su estado emocional. El enfermero debe estar disponible para el paciente y ofrecer apoyo emocional en todo momento. Es importante apoyar al paciente en todo el proceso para que se pueda sentir escuchado y respaldado ante la enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión podemos resumir que la atención por parte de los profesionales enfermeros a pacientes con diabetes es uno de los pilares fundamentales para prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida de estos pacientes. Es muy importante monitorizar los niveles de glucemia, proporcionar educación al paciente, prevenir complicaciones y ofrecer apoyo emocional. Por otro lado, es muy importante fomentar el estilo de vida saludable como acción preventiva ante la diabetes favoreciendo también la detección temprana de factores de que puedan inducir a la enfermedad. La atención de enfermería personalizada a cada paciente y de calidad es esencial para el manejo adecuado de la diabetes y el bienestar del paciente.

6 Bibliografía

1. Sociedad Española de Diabetes. (2021). Diabetes: pautas de información para profesionales. Recuperado de <https://www.sediabetes.org/profesionales/>.
2. Hernández-Hernández, L. A., y Villa-Caballero, L. (2018). Educación en diabetes mellitus tipo 2. Revista de Enfermería del Instituto del Seguro Social

Capítulo 66

LA IMPORTANCIA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

MILAGROS HONRUBIA PÉREZ

ALMUDENA TORRES ATIENZAR

IKER AÑIBARRO ARRIETA

MARINA SAN ROMÁN ARRILLAGA

ALBA MARIA ARENAS BURRIEL

1 Introducción

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una afección pulmonar crónica, progresiva e inflamatoria que afecta a la respiración. Es una de las principales causas de discapacidad y mortalidad en todo el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se espera que la EPOC se convierta en la tercera causa principal de muerte en todo el mundo para el año 2030.

La EPOC se caracteriza por la inflamación de los pulmones, lo que provoca la obstrucción del flujo de aire. Esto puede dar lugar a síntomas como tos crónica, producción de esputo y dificultad para respirar, especialmente durante la actividad física. La enfermedad es más común en fumadores, pero también puede ser causada por la exposición a la contaminación del aire y otros irritantes.

La EPOC no tiene cura, pero se puede controlar y tratar. El tratamiento se enfoca en aliviar los síntomas, prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida del paciente. Los tratamientos incluyen medicamentos, cambios en el estilo de vida, terapias respiratorias y en casos graves, cirugía. Es importante para los pacientes con EPOC trabajar en estrecha colaboración con su equipo de atención médica para lograr un manejo adecuado de la enfermedad.

El papel de la enfermería es crucial en el manejo de la EPOC. Los enfermeros pueden proporcionar información y educación a los pacientes sobre la enfermedad, ayudar en la administración de medicamentos, monitorear los signos vitales del paciente y ofrecer apoyo emocional. Los enfermeros también pueden trabajar con los pacientes para desarrollar planes de tratamiento y ayudar a identificar y prevenir posibles complicaciones.

2 Objetivos

- Identificar los factores de riesgo de la EPOC.
- Describir las manifestaciones clínicas de la EPOC.
- Conocer los tratamientos disponibles para la EPOC.
- Comprender el papel de la enfermería en el manejo de la EPOC.

3 Metodología

Para la realización de este documento se ha realizado una revisión bibliográfica a cerca los cuidados enfermeros al paciente con EPOC, empleando como motor de búsqueda Google Académico. Se han consultado distintas fuentes como páginas web, revistas y bases de datos sanitarias.

4 Resultados

Factores de riesgo de la EPOC: además del tabaquismo, la exposición a la contaminación del aire y la inhalación de sustancias químicas, hay otros factores que pueden aumentar el riesgo de desarrollar EPOC. La exposición prolongada a la contaminación del aire en el lugar de trabajo, como el polvo y los productos químicos, y la exposición a la contaminación ambiental también son factores de riesgo conocidos. La edad avanzada y la predisposición genética también pueden aumentar el riesgo de EPOC.

Manifestaciones clínicas de la EPOC: los pacientes con EPOC pueden experimentar síntomas como tos crónica, falta de aire, sibilancias y producción de esputo. Los síntomas pueden empeorar con el tiempo y pueden interferir con las actividades cotidianas. Los pacientes pueden experimentar dificultad para respirar durante la actividad física, lo que puede limitar su capacidad para realizar ciertas actividades. Los pacientes también pueden experimentar fatiga, problemas para dormir y pérdida de peso.

Tratamientos disponibles para la EPOC: el tratamiento de la EPOC se enfoca en aliviar los síntomas, mejorar la función pulmonar y prevenir complicaciones. Los medicamentos que se usan para tratar la EPOC incluyen broncodilatadores, corticosteroides y antibióticos. Los cambios en el estilo de vida también son importantes para el manejo de la EPOC y pueden incluir dejar de fumar, aumentar la actividad física y mejorar la nutrición. La terapia respiratoria, como la oxigenoterapia, también puede ser útil en casos más graves. La cirugía para reducir el volumen pulmonar y la cirugía de trasplante de pulmón también son opciones en casos graves de EPOC.

Papel de la enfermería en el manejo de la EPOC: los enfermeros pueden desempeñar un papel clave en el manejo de la EPOC al proporcionar educación al paciente sobre la enfermedad y cómo manejarla, monitorear los síntomas del paciente, administrar medicamentos y supervisar los signos vitales del paciente.

También pueden ayudar a los pacientes a desarrollar planes de tratamiento personalizados y a identificar y prevenir posibles complicaciones. Los enfermeros pueden proporcionar apoyo emocional y ayudar a los pacientes a lidiar con los cambios en su calidad de vida.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la EPOC es una enfermedad crónica que puede tener un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes y en su capacidad para realizar actividades cotidianas. Es una enfermedad compleja que requiere un enfoque multidisciplinario para su manejo y tratamiento.

Es muy importante destacar el papel que juega el personal de enfermería en la atención y el manejo de los pacientes con EPOC. Los enfermeros pueden desempeñar un papel crucial en la educación de los pacientes sobre la enfermedad, el manejo de los síntomas, la adherencia al tratamiento y la prevención de las exacerbaciones que lo dificultan.

6 Bibliografía

1. Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre. ¿Qué es la EPOC? [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.nhlbi.nih.gov/es/temas-de-salud/epoc>.
2. Singh D, Agusti A, Anzueto A, Barnes PJ, Bourbeau J, Celli BR, et al. Estrategia Global para el Diagnóstico, el Tratamiento y la Prevención de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica: informe del Comité de Ciencia GOLD 2019. 2019.

Capítulo 67

CESÁREA EN SECUNDIGESTA DE 39 + 1 SEMANAS.

ANA JOAQUINA SUÁREZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La cesárea es el parto de un bebé en el que se hace una abertura en la zona baja del vientre de la madre, se realiza cuando no es posible o seguro para la madre dar a luz al bebé a través de la vagina. El procedimiento generalmente se realiza mientras la mujer está despierta. El cuerpo está anestesiado desde el tórax hasta los pies, usando anestesia epidural o raquídea.

El cirujano hace una incisión a través del abdomen justo por encima del área púbica, se abre el útero (matriz) y el saco amniótico y se saca al bebé a través de esta abertura. La madre está despierta durante el procedimiento, así que puede escuchar y ver a su bebé y en muchos casos se realiza cesárea acompañada, en la cual la mujer puede tener una persona de apoyo acompañándola durante el parto.

Hay muchas razones por las cuales podemos tener que realizar una cesárea en lugar de un parto vaginal. La decisión dependerá del ginecólogo. Los problemas con el bebé pueden ser:

- Frecuencia cardíaca anormal.
- Posición anormal dentro del útero, como cruzado (transverso) o con los pies por delante (parto de nalgas).
- Problemas del desarrollo del feto como hidrocefalia o espina bífida.
- Embarazo múltiple (gemelos, trillizos, o más).

Los problemas de salud en la madre pueden ser:

- Infección activa de herpes genital.
- Miomas uterinos grandes cerca del cuello uterino.
- Infección por VIH en la madre.
- Cesárea previa.
- Cirugía uterina previa.
- Enfermedad grave como cardiopatía, preeclampsia o eclampsia.
- Los problemas en el momento del trabajo de parto o el nacimiento pueden ser:
- La cabeza del bebé es muy grande para pasar a través de la vía del parto.
- Trabajo de parto prolongado o detenido.
- Bebé muy grande.
- Infección o fiebre durante el trabajo de parto.
- Los problemas con la placenta o el cordón umbilical pueden ser:
- La placenta cubre toda o parte de la abertura hacia la vía del parto (placenta previa).
- La placenta se separa de la pared uterina (desprendimiento prematuro de la placenta).
- El cordón umbilical sale a través de la abertura de la vía del parto antes que el bebé (prolapso del cordón umbilical).

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer un caso clínico de cesárea.

3 Caso clínico

Ingresa en planta una mujer secundigesta de 39+1 semanas por rotura prematura de membrana de 3 horas y media de evolución. A su llegada a planta afebril, normotensa, consciente, orientada y colaboradora y acompañada de su marido. Se hace valoración materna y próximos planes de cuidados, se hace entrevista materna y se revisa el plan de parto, actualmente con una dinámica uterina irregular y una dilación de 3 cm a la hora de ingreso.

A las 3 horas de ingreso decidimos pasar a unidad de partos por intensa dinámica uterina y se encuentra con 4 cm de dilatación, posteriormente la parturienta decide poner la anestesia epidural, así solventamos el dolor del trabajo del parto.

A las 7 horas de entrada en el hospital la dilatación es de 5 cm, es un trabajo del parto lento, pero hasta ahora sin ninguna complicación fetal ni materna, a las

9 horas de ingreso alcanza los 7 cm de dilatación manteniéndose estable en el tiempo hasta estar 4 horas con la misma dilatación uterina, no llegando a pasar de los 7 cm.

Es a las 2 horas de alcanzar los 7 cm cuando se puede demostrar que el feto se encuentra en una posición que está entre una occípitoanterior, y una occípitoiliaca izquierda transversa, en la que el parto vaginal sería más dificultoso, ya que el feto debería de cambiar su posición.

Tras esta exploración se comienza a visualizar alteraciones en el monitor fetal, disminución de la Frecuencia cardiaca fetal, llegando a 100 lats/min. Es a las 4 horas de estar a 7 cm cuando el FEA de ginecología decide realizar la cesárea para asegurar el bienestar materno y fetal.

A las 18h nace mediante cesárea, es comprobado por personal de pediatría encontrándose en perfecto estado.

4 Discusión-Conclusión

Se concluye este trabajo de un parto por cesárea en el cual se obtuvo el objetivo, que era un recién nacido sexo, mujer aparentemente sana, revisada por unidad de pediatría del hospital en la que como resultado de la cesárea nace sin sufrimiento fetal alguno y sin ninguna complicación pos-nacimiento.

Finalmente, decir que por una buena praxis médico-hospitalaria se reduce el riesgo de sufrimiento fetal y sufrimiento materno y se salva la vida de madre y del feto, obteniendo un recién nacido sano y sin consecuencias de un parto largo, dificultoso y posiblemente complicado o imposible de realizar, en el que la decisión de la realización de una cesárea fue en el momento adecuado.

5 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002911.html>.
2. https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/indicaciones_de_cesarea_-_relativas_absolutas_y_no_justificadas.pdf.

Capítulo 68

LAS FUNCIONES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS.

SILVIA MARIA MARTIN-GRANDE MORALES

MARÍA GONZALO LÓPEZ

CLARA MARÍA MENCHÉN VELÁZQUEZ

ANA MARÍA HERNANDO SERRANO

MIRIAM CERVANTES NAVARRO

1 Introducción

Vamos a hablar de la unidad de hemodiálisis, lugar donde se lleva a cabo por máquinas las funciones de los riñones que no funcionan en su totalidad y de pacientes que están esperando un trasplante renal. La insuficiencia renal se puede definir como una disminución gradual de la tasa de filtración glomerular. Hay dos tipos de insuficiencia renal:

- Triple Sonido: Inicio o desarrollo súbito, reversible en el tiempo.
- Crónica: al menos tres meses son progresos lentos y pueden activarse para la insuficiencia renal para siempre.

Una enfermera de hemodiálisis es una parte importante del tratamiento, un profesional responsable de garantizar que el tratamiento sea lo más efectivo posible y que el paciente se sienta cómodo. La función principal del personal de enfermería es crear investigación en este país, participan en este comportamiento,

mantienen una buena higiene, protegen los catéteres cuando se duchan y se revitalizan más físicamente. Es para evitar.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo es analizar los cuidados del personal de enfermería en los pacientes con tratamiento de hemodiálisis.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las principales funciones de las enfermeras en el cuidado de los pacientes en hemodiálisis son:

- Mantener la higiene de manos de pacientes y personal médico.
- Un nefrólogo ajusta el peso seco de un paciente, así como el peso después de eliminar los desechos y el exceso de agua.
- Prepare los elementos necesarios, como herramientas, bolsos y cuerdas.
- Ilustrar el procedimiento de reemplazo, realizarlo con el paciente, practicar durante varios días y hacer las manipulaciones reales necesarias para que el paciente pueda realizarlo en casa. - Ejecute un ciclo durante 20-30 minutos.
- Al final de la sesión de entrenamiento, la enfermera registra la hora de inicio, el tiempo de infusión, el volumen de infusión, el tiempo restante en el abdomen y las características e incidencias de los líquidos aspirados. - Cateterismo: El primer tratamiento lo realiza una enfermera en el hospital. Luego el paciente debe aprenderlos y hacerlos en casa. También aprendemos y reconocemos que pueden presentarse signos y síntomas de infección.
- Alimentos y líquidos: Es importante saber qué come el paciente, como potasio, proteínas, sal, fósforo e hidratos de carbono, y qué alimentos tienen un impacto negativo en la salud. Líquidos: necesita planificar los líquidos que bebe durante el día. No se recomienda beber más de 500 cc al día respecto a la cantidad de orina para que no se acumule. Evite los alimentos que contienen mucha agua.

-Los pacientes pueden hacer ejercicio durante la diálisis, pero deben continuar con las actividades ejercitadas anteriormente a menos que un médico indique lo contrario. La actividad ligera es beneficiosa y se recomienda el ejercicio como caminar o andar en bicicleta, siempre a pulsaciones bajas, ya que las pulsaciones altas alteran el ritmo sanguíneo y eso puede crear un problema mayor a esta patología.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos destacando los pilares de la planificación del cuidado del equipo de enfermería en la unidad de los centros hospitalarios de hemodiálisis y que es importante y deben organizarse en un lenguaje flexible, organizado en estructuras de conocimiento, evidencia científica y evidencia fáctica, y pueden adaptarse activamente a diferentes escenarios y tiempos.

Los elementos clave para el manejo de estos pacientes son: la educación del paciente (las cosas buenas que ayudan al cuidado, el cuidado personal y la participación de la familia son esenciales) y las enfermeras y enfermeros en cada etapa del cuidado de paciente a paciente y de sus familiares.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/enfermedadrenalcronicacuidados-al-paciente-sometido-a-dialisis/>.

Capítulo 69

ENFERMERÍA Y SUS CUIDADOS ANTE PACIENTE ANTICOAGULADO.

SILVIA MARIA MARTIN-GRANDE MORALES

MARÍA GONZALO LÓPEZ

CLARA MARÍA MENCHÉN VELÁZQUEZ

ANA MARÍA HERNANDO SERRANO

MIRIAM CERVANTES NAVARRO

1 Introducción

La gran importancia de unos buenos cuidados a los pacientes con problemas de coagulación de la sangre es vital para su vida. Los anticoagulantes orales no son medicamentos de prescripción que produzcan el efecto deseado, y se debe encontrar la dosificación precisa y adecuada para cada paciente, controlando la dosis que produce el efecto deseado para el paciente.

La terapia de anticoagulación oral está indicada para pacientes con alto riesgo de trombosis, incluyendo fibrilación auricular, enfermedad cardíaca valvular y reemplazo valvular, procesos tromboembólicos, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca aguda, stent coronario o pacientes con stent. Los pacientes con este tipo de enfermedad crónica necesitan estar bien informados no solo sobre el estado de la enfermedad, sino sobre todo el proceso para tener un efecto positivo en los resultados de su salud. Para este paciente, se debe controlar y controlar

la eficacia de los anticoagulantes orales. Los cuidadores deben brindar información clara y accesible para ayudar a los pacientes a manejar su terapia de manera adecuada, minimizar los efectos secundarios y maximizar los beneficios. Esta información debe ser precisa y en un lenguaje accesible, familiar y comprensible no solo para el paciente, sino también para los familiares y cuidadores involucrados en el mantenimiento de la salud.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer los diferentes tipos de anticoagulantes y analizar la importancia de los cuidados de enfermería para los pacientes que toman anticoagulantes orales.

3 Metodología

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

4 Resultados

La razón por la cual los pacientes que reciben este tipo de terapia anticoagulante es por sus problemas de que el cuerpo humano haga su función de tener la sangre líquida y a razón de esta patología se le forman coágulos en las arterias y tiene riesgos de obstrucciones y explosión de sus venas y arterias, por ello tienen que recibir medicación y atención sanitaria, médicos y enfermeras que son los que tienen los conocimientos suficientes para su manejo es que permite un mejor de la enfermedad, se debe enseñar a administrar la terapia de coagulación. Desde los centros médicos, los profesionales sanitarios deberían desarrollar estrategias de educación sanitaria que incluyan sesiones informativas con los pacientes que toman anticoagulantes.

Cuando un paciente acude a una consulta de enfermería producto de un examen por un hematólogo, se debe abrir una ficha que registre todos los datos que aparecen en el panel de control que el especialista realizó ese día (especialmente aquellos que facilitan la prescripción de anticoagulantes orales), su utilidad terapéutica, gama, el fármaco y su presentación. Los anticoagulantes orales conven-

cionales tienen ciertos inconvenientes en comparación con otro tipo de nuevas innovaciones. Entre estos se encuentran los márgenes terapéuticos estrechos, la necesidad de exámenes de rutina frecuentes, las complicaciones hemorrágicas si se superan los márgenes terapéuticos, las interacciones con alimentos y otros medicamentos y el marcaje personal. Variación en la dosis y efecto terapéutico. Estas indicaciones de tratamiento se basan en que el beneficio del paciente supere los posibles efectos secundarios, y esto se logra resolviendo todo tipo de dudas comunes y creando condiciones favorables. Siempre que estén bien informados, pueden ayudarlo a protegerse contra posibles complicaciones relacionadas con una atención médica deficiente.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes que están con un tratamiento anticoagulante, tienen pocos o nulos conocimientos de la manera de actuar con este tratamiento, así como de las normas y protocolos con los que tienen que seguir a la hora de tomar este tipo de medicamentos, por eso resulta fundamental que el personal de enfermería, tanto de los centros de salud de atención primaria así como los de atención especializada, deben de proporcionar sus cuidados, también enseñar y así como educar a todos los pacientes que reciben estos tratamientos de anticoagulantes, y a sus familiares o cuidadores con el objetivo de minimizar los riesgos y evitar posibles complicaciones.

6 Bibliografía

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

Capítulo 70

ENFERMERÍA EN EL USO DE ASPIRINAS Y EL SÍNDROME DE REYE.

SILVIA MARIA MARTIN-GRANDE MORALES

MARÍA GONZALO LÓPEZ

CLARA MARÍA MENCHÉN VELÁZQUEZ

ANA MARÍA HERNANDO SERRANO

MIRIAM CERVANTES NAVARRO

1 Introducción

El síndrome de Reye se caracteriza por presentar una serie de signos y síntomas poco comunes, pero muy graves y que pueden llegar a causar incluso la muerte, debido a que se produce una insuficiencia mitocondrial aguda en forma de encefalopatía aguda, enfermedad hepática e infiltración grasa visceral. Suele darse en menores de edad, especialmente en menores de seis años de edad que usen la aspirina para paliar procesos de virus como la gripe o el virus de la varicela.

Los síntomas comienzan repentinamente, aproximadamente una semana después de la infección viral, y provocan vómitos, encefalopatía, cambios de personalidad, hipoglucemia, confusión, somnolencia y convulsiones, e incluso en los casos más graves pueden llegar a inducir al coma y la muerte. También está presente una considerable elevación de transaminasas, hígado graso, degeneración grasa del hígado, aumento de la presión intracraneal que causa edema cerebral y problemas con en las neuronas.

Hay varias etapas de la enfermedad:

- Etapa 0: El paciente se está recuperando de la contracción de un virus común que de repente se acompaña de episodios de náuseas.
- Etapa 1: tiempo después se puede producir letargo o dificultad para no dormirse.
- Etapa 2: Se produce mareo.
- Etapas 3 a 5: Presenta convulsiones o coma y acaba por fallecer.

2 Objetivos

El principal objetivo de este documento es explicar qué es el síndrome de Reye y como el uso de medicamentos como las aspirinas para combatir virus comunes afecta a su aparición.

3 Metodología

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

4 Resultados

Varios estudios de epidemiología concluyeron en que el uso de ácido acetilsalicílico o aspirinas para el tratamiento farmacológico de virus comunes como pueden ser la gripe o la varicela pueden afectar considerablemente a las personas que las usan desarrollando síndrome de Reye, el grado de aparición es más de diez veces mayor en los pacientes que han consumido salicilatos en los últimos días en comparación con los que no, especialmente en edades jóvenes.

Salvo casos donde esté indicado el uso, no se debería usar este tipo de medicamentos para tratar procesos febriles, debido a que generalmente la fiebre en sí no es dañina ni altamente perjudicial para los que la padecen, debería restringirse el uso de las aspirinas en los jóvenes para solo aquellos que tengan antecedentes de convulsiones y puedan darse convulsiones febriles causadas por el virus de la fiebre, en los demás casos para tratar procesos febriles es mejor emplear otros métodos como pueden ser el enfriamiento de la temperatura corporal con agua a temperatura ambiente, paracetamoles u otros antipiréticos.

Investigaciones científicas publicadas en los últimos años sobre el síndrome de Reye indican que el número de casos ha disminuido en los años transcurridos desde que se empezó a usar la recomendación de no tomar aspirina en niños con enfermedades virales. El Comité de Seguridad de Medicamentos ha vuelto a evaluar el riesgo de los salicilatos en sus indicaciones pediátricas y ha realizado una serie de recomendaciones como pueden ser:

- Detener la comercialización de productos que contengan ácido acetilsalicílico destinado a niños.
- Los productos de prescripción deben contener una contraindicación para su uso en jóvenes.
- Advertencia del riesgo del síndrome de Reye.
- Recomendaciones de consultar con el médico antes de usar estos medicamentos.

5 Discusión-Conclusión

La actuación preventiva es la forma fundamental más eficaz de tratar el síndrome de Reye debido a que no existe un tratamiento específico para el síndrome.

A pesar de que las personas que sobreviven al síndrome se suelen recuperar de una manera bastante rápida, el daño que se produce neurológicamente no llega a desaparecer en su totalidad, las consecuencias o secuelas que puedan quedar al paciente depende del grado de encefalopatía que haya llegado durante la evolución del síndrome en su cuerpo, queda evidenciado que el tratamiento sintomático de manera precoz es muy eficaz a la hora de obtener mejores resultados de recuperación para la persona.

6 Bibliografía

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

Capítulo 71

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LAS LESIONES OCASIONADAS POR PRESIÓN MANTENIDA

VIRGINIA ANGULO RODRIGUEZ

ANA MARÍA HERRERA LÓPEZ

MARIA DEL CARMEN OLIVARES GÓMEZ

MARI CARMEN TABASCO URDA

ALBA PUNZÓN CAÑADILLA

1 Introducción

En referencia a lesiones o heridas, que se logran ocasionar en la piel del enfermo, en este artículo nos centralizaremos en las úlceras por presión (UPP) que se ocasionan en la piel por estar el enfermo siempre en la misma postura durante mucho tiempo, lo que se da con más frecuencia es la que se produzcan donde los huesos están más en contacto con la piel, lo que es lo mismo en las zonas declives del cuerpo, especialmente en la zona del sacro, aunque asimismo, en los talones, tobillos, y caderas.

Logra ocasionar infecciones graves y poner la vida del enfermo en peligro, llegando a ser un gran problema para los cuidadores de instituciones o en ingresos, donde las personas tienen que mantener un reposo absoluto.

En términos etiológicos y definitivos, una presión o roce excesivo e incesante sobre la piel ocasiona las úlceras por presión y la necrosis tisular. Tiene un campo clínico de afectación bastante amplio, desde la pérdida superficial de la piel hasta la desintegración del tejido adiposo, articulaciones, músculo, hueso y logra llevar al enfermo a la muerte. Aunque, asimismo, entran en juego otros elementos de riesgo, el más importante es la presión excesiva que conserva el cuerpo y que no se alivia con cambios posturales, lo ideal sería un cambio postural cada dos horas para aliviar la presión, colchones anti escaras, vendajes, desbridación y cuidados hidratantes de la piel.

2 Objetivos

- Analizar las diferentes fases por las que pasan las úlceras por presión.
- Ver los tipos de tratamientos que nos ayudaran a prevenir o a curar estas úlceras por presión.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y asimismo, 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 primer estadio o fase se ocasiona el eritema en la piel que persiste intacta, pero es la lesión que nos avisa de la úlcera, el enfermo siente calor, edema e insensibilidad.

El segundo estadio o fase este se da con el emprendimiento de la pérdida del grosor de la piel alcanzando afectar a la dermis, es superficial con un aspecto de quemadura o agujero.

En el tercer estadio o fase ya se ha perdido el grosor de la piel, hay necrosis subcutáneamente del tejido y se logra extender hacia dentro, ya se nota un agujero considerable por debajo del tejido.

En el último estadio o fase se puede llegar a la lesión al hueso y acabar con él perforando a vasos musculares y músculos.

Los mecanismos por los que se ocasionan las úlceras por presión logran ser debidos a diversos elementos:

- Extrínsecos: son las fuerzas mecánicas de presión sobre el tejido blando y al mismo tiempo fricción sobre la piel, causará la deformación del tejido, el bloqueo de los vasos y un daño que lesiona y perfora la piel y los músculos.
- Intrínsecos; fibrosis o isquemias locales, la edad del enfermo, o la incontinencia urinaria y fecal y la enfermedad de los vasos pequeños.

Hay distintos elementos de riesgo como enfermos hospitalizados, trastornos neurológicos o enfermos mayores.

El tratamiento de este tipo de lesiones se fracciona en dos principales:

- Conservador o quirúrgico y medidas de nutrición: hay que evitar la presión y limpiar la herida y restaurar el estado nutricional del enfermo con un alto contenido en proteínas, calorías y vitaminas, hay que controlar la anemia, aliviar la presión con apósitos de espesor de unos 6 cm recubierto con otro apósito más ligero, elástico y aireado para que circule el aire, una segunda piel o gel de silicona a modo de cojín, utilización de colchón anti escaras y realizar los cambios posturales.

El tratamiento local o conservador se establecerá en poseer el área limpia de sustancias y medicamentos con un desbridamiento enzimático a bases cremas y la aplicación de nuevos medicamentos que renueven celularmente y promuevan la epitelización.

- Tratamiento quirúrgico se valora siempre y cuando el enfermo este en unas buenas condiciones para la cirugía y la lesión, no tenga tejido necrótico y que al mismo tiempo sé de qué el tejido de granulación se encuentre sano y haya signo del borde de cicatrización en la úlcera.

5 Discusión-Conclusión

Sin duda, y a lo largo del tiempo, la experiencia en las asistencias y los estudios se ha demostrado y se llega a la conclusión que elegir un tipo de tratamiento u otro va a variar y asimismo, en gran medida se debe poseer en cuenta del lugar de localización de la úlcera, de la educación, motivación y del estado del enfermo. Hay que estudiar siempre distintas opciones de tratamiento que depende del tipo de úlcera como de su localización, clasificándolas en cierre directo, injertos cutáneos, colgajos cutáneos, musculares, musculocutáneos, perforantes, y la expansión tisular.

Se logra complicar estas cirugías plásticas con los hematomas comunes, necrosis del colgajo, infección, dehiscencia o recurrencia de la herida, incidiendo siempre

que la higiene y los cambios posturales son fundamentales para la prevención, tratamiento y curación de estas lesiones.

6 Bibliografía

1. Hernández Ortiz Juan Ángel. Prevención y cuidados en úlceras por presión: ¿Dónde estamos?. Gerokomos [Internet]. 2009 Sep [citado 2022 Jul 08] ; 20(3): 132-140. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000300007&lng=es.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>

Capítulo 72

EL PACIENTE CON TUBERCULOSIS Y LA ENFERMERA

CELIA ARAGÓN JUNQUERA

CRISTINA GONZÁLEZ GARCÍA

CRISTINA LOZANO SÁNCHEZ

LORENZO ORTEGA NOBLEJAS

MARIA TERESA RODRIGUEZ MARTIN

1 Introducción

La tuberculosis es una patología originada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*. Es una enfermedad infecciosa crónica pulmonar y extrapulmonar que se transmite por unas partículas en el aire. Se adquiere a través de la inhalación en el pulmón de las gotitas de plugge que contienen el bacilo de la misma. Está caracterizada por períodos de infección temprana sin sintomatología aparente, latencia y potencial recurrencia. Esta bacteria afecta de tal manera que cuando un individuo con ella estornuda, tose o escupe, expulsa pequeñas partículas líquidas con cierto peso en cuyo interior se encuentran los bacilos, propagando la enfermedad a los demás, es lo que se conoce como cadena epidemiológica.

Antes de exponer las intervenciones de la enfermera, debemos saber que los síntomas comunes de la tuberculosis pulmonar son:

- Tos mantenida más de dos semanas.
- Hemoptisis: sangrado al toser.

- Dolor torácico en la zona de los pulmones.
- Debilidad o astenia.
- Pérdida de peso de tal manera que resulta llamativo.
- Fiebre muy alta.
- Sudores nocturnos.

Una vez el paciente acude con esta sintomatología al servicio del médico de familia. Este para establecer el diagnóstico de tuberculosis puede solicitar una serie de pruebas diagnósticas como son la prueba de tuberculina y el examen del esputo en el laboratorio de microbiología.

Es fundamental que la enfermera ofrezca apoyo y supervisión a estos pacientes, brindando una serie de cuidados para que la recuperación y actuación del paciente sea la correcta. Si no existiera vigilancia por parte de enfermería, sería difícil el cumplimiento terapéutico y la patología podría propagarse.

2 Objetivos

El principal objetivo:

- Analizar los cuidados de enfermería en pacientes con enfermedad de tuberculosis en los pulmones.

Como objetivo secundario:

- Mostrar un método de trabajo en equipo por parte de todos los sanitarios para contener la enfermedad de la tuberculosis.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos científicas para recopilar información sobre los cuidados de enfermería a pacientes con tuberculosis. Las bases de datos utilizadas fueron: PubMed, Scielo, Dialnet y Cuiden. Además, se consultó en el buscador Google Académico.

La búsqueda de información se realizó empleando los siguientes descriptores MeSH y DeCS: “enfermería” “nursing” “tuberculosis pulmonar” “pulmonary tuberculosis” “intervención” “intervention” “cuidados”, “care”, combinándolos con los operadores booleanos AND y OR.

Se establecieron una serie de criterios de exclusión y exclusión para acotar la búsqueda de información basados en las referencias más actuales.

4 Resultados

El profesional de enfermería tiene que estar capacitado y contar con estrategias que favorezcan satisfactoriamente la recuperación del paciente, por ello debe procurar una formación adecuada, ya que en España los casos de tuberculosis habían desaparecido, pero con los flujos migratorios a la patología ha vuelto a aparecer.

Como enfermeras debemos procurar fomentar independencia para el autocuidado y promoviendo el afrontamiento a los cambios que sugieren los problemas de salud.

Dentro de los cuidados y atenciones concretas que se ofrecen a los pacientes con tuberculosis son

- Interactuar con el paciente para fortalecer la confianza con él, generando el vínculo terapéutico.
- Mantener la bioseguridad a través de una serie de medidas y normas para evitar la contaminación y propagación de la enfermedad con base en los protocolos del aislamiento respiratorio.
- Administrar la antibioterapia, ayudando a mantener al paciente cubierto, disminuyendo su sintomatología.
- Monitorización de constantes vitales, siendo las principales la temperatura corporal, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria.
- Si existe fiebre, aplicar medios físicos para incrementar la pérdida de calor a través de la conducción, si se mantiene la fiebre se administrarán los antipiréticos prescritos.
- Si existe dolor, realizar un control de las funciones vitales para evitar el colapso del organismo.
- Ofrecer confort y comodidad que son los objetivos de una atención de calidad.
- Colocar al paciente en posición de semifowler o fowler que favorece la función respiratoria.
- Mantener las vías aéreas permeables para facilitar el correcto intercambio gaseoso y mejorar la respiración con los medios pautados por el facultativo con oxigenoterapia.
- Controlar la saturación de oxígeno que puede medir si el intercambio gaseoso es correcto.
- Valorar la hemoglobina.
- Promover la educación sanitaria para incrementar los conocimientos sobre la forma en que se transmite la enfermedad.

- Prestar orientación a la familia, permitiendo resolver dudas, además de comprobar si siguen las instrucciones.
- Reflejar las atenciones y cuidados en la historia clínica del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se considera que es primordial como sanitarias garantizar los cuidados y atención integral de enfermería a personas con tuberculosis y a su entorno cercano, que deben abarcar todas las esferas del paciente y deben estar basados en principios y valores bioéticos.

El cuidado de enfermería al paciente con tuberculosis debe ser dinámico, acompañando en la vivencia a la persona con tuberculosis que se siente señalada por el sistema y por la sociedad.

Es fundamental que el profesional de enfermería cuente con los conocimientos necesarios y se actualice en ellos para ofrecer unos cuidados de calidad al paciente con tuberculosis, contribuyendo con ellos a que el tratamiento se cumpla y a que el paciente pueda realizarse sus autocuidados de una manera óptima y adecuada. De esta manera, el sistema sanitario se enriquece y genera acciones efectivas.

6 Bibliografía

1. <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/PlanTuberculosis/docs>.
2. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>.
3. Huansi Panduro, L. K. (2018). Cuidados de enfermería en pacientes con tuberculosis pulmonar.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Introduction to the core curriculum on tuberculosis. 2013. http://www.cdc.gov/tb/education/corecurr/pdf/corecurr_all.pdf.

Capítulo 73

LA ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS AL PACIENTE QUIRÚRGICO CON ANSIEDAD

CELIA ARAGÓN JUNQUERA

CRISTINA GONZÁLEZ GARCÍA

CRISTINA LOZANO SÁNCHEZ

MARIA TERESA RODRIGUEZ MARTIN

LORENZO ORTEGA NOBLEJAS

1 Introducción

El hombre es un ser que precisa de un equilibrio bio-psico-socio-espiritual para poder decir que se encuentra bien en estado de bienestar. Cuando el individuo se ve abocado a situaciones de estrés, debemos especificar que se trata de una respuesta del organismo ante un sentimiento de tensión.

Las personas tienen dificultades para poder identificar los síntomas de ansiedad y estrés de tal forma que podamos hacer frente a los mismos. El estrés que no se controla puede contribuir a muchos problemas de salud, como la presión arterial alta, las enfermedades cardíacas, la obesidad y la diabetes.

Según los estudios revisados, se ha visto que el hecho de que una persona ingrese en un centro hospitalario le va a generar estrés como respuesta a la ruptura con su entorno y enfrentarse a uno nuevo. Este estrés es complicado de paliar ante

una operación quirúrgica, dado que el ambiente quirúrgico, la hospitalización desencadenan miedo, nervios, inseguridades y sobre todo ansiedad, pudiendo generar una recuperación lenta. El paciente va a manifestar una serie de síntomas físicos y psíquicos que se relacionan con estrés y ansiedad.

La ansiedad que se manifiesta con anterioridad a la cirugía está condicionada por la intensidad y el tiempo de evolución, siendo la anestesia lo que más suele preocupar, a no ser que trate de una cirugía por neoplasia.

2 Objetivos

Identificar, conocer y abordar, por parte del personal enfermero, la ansiedad del paciente que se va a someter a una operación quirúrgica.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos científicas para recopilar información sobre los cuidados de enfermería a pacientes con ansiedad prequirúrgica. Las bases de datos utilizadas fueron: PubMed, Scielo, Dialnet y Cuiden. Además, se consultó en el buscador Google Académico.

Palabras claves: cirugía, enfermera, intervención quirúrgica, ansiedad, estrés, entre otras.

4 Resultados

La enfermera ante el paciente quirúrgico con ansiedad preoperatoria es consecuencia del inminente procedimiento y consiste en cambios cognitivos y conductuales expresados como nerviosismo o preocupación.

Se inicia en el momento en el que se comunica al paciente la necesidad de la intervención y alcanza su punto más alto en el momento previo de la entrada a la unidad de quirófanos. En estudios realizados se muestra que los pacientes sufren ansiedad prequirúrgica aumentando los estresores y el proceso de recuperación postoperatorio.

Como enfermeras debemos seguir un procedimiento para realizar una intervención correcta ante los pacientes con ansiedad prequirúrgica:

- Mantener la intimidad del paciente en base a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

- Favorecer que los pacientes verbalicen el nerviosismo, llanto, miedo, temblor y en el gran aumento del dolor ante la cirugía por la falta de control de la ansiedad.
- Conocer que el aumento en la percepción del umbral del dolor hace que la esfera biopsicosocial de los pacientes se vea alteradas.
- Realizar la entrevista perioperatoria que es el primer contacto inicial que tenemos con el paciente, por lo que establecemos una atención personalizada y humanizada.
- Utilizar herramientas tales como escucha activa, apoyo emocional e incluso administración de medicación, para que el nivel de ansiedad disminuya pautado por el facultativo.
- Promover en todo momento la autonomía personal, ya que se ha demostrado que disminuye la ansiedad y favorece el estado de ánimo.
- Fomentar disminuir la ansiedad porque la percepción de dolor disminuye.
- Educar a los pacientes para permitir un afrontamiento del proceso quirúrgico con un menor nivel de ansiedad.
- Fomentar hábitos saludables y estrategias de afrontamiento como conversar y explicar el procedimiento en el quirófano.
- Favorecer que el paciente tenga un entorno social que le cuide.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se destaca la importancia de que los profesionales de enfermería poseen conocimientos y formación sobre la presencia del estrés en pacientes quirúrgicos y el método a ejecutar para detectarlo basado en la observación del paciente y en la sintomatología tanto física como psíquica que presenta.

Las intervenciones realizadas para intentar paliar el estrés se basan en la educación para el afrontamiento.

Sin embargo, pese a la educación sobre el manejo del estrés y la ansiedad del paciente, en muchas ocasiones los pacientes quirúrgicos deben hacer uso de las benzodiazepinas para poder minimizar la ansiedad y como enfermeras somos las responsables de su administración.

6 Bibliografía

1. Arcela Marcelo, K. B., & Espiritu Soto, S. L. (2020). Efectividad de la visita preoperatoria de enfermería para disminuir ansiedad de pacientes quirúrgicos.

2. Blanco Mamani, K. (2019). Cuidados de enfermería en la aplicación del pasaporte quirúrgico en el periodo preoperatorio en pacientes.
3. Gordillo León F, Arana Martínez J.M, Mestas Hernández L. Tratamiento de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos. Rev Clín de Med de Fam
4. https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/16340/TD_Vergara_Romero_Manuel.pdf
5. Rentería, D. C. G., & Fierro, B. E. C. (2018). Ansiedad preoperatoria en pacientes quirúrgicos en el área de cirugía del Hospital Isidro Ayora. Enfermería Investiga, 3.

Capítulo 74

EL PAPEL DE LA ENFERMERA ANTE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

CELIA ARAGÓN JUNQUERA

CRISTINA GONZÁLEZ GARCÍA

MARIA TERESA RODRIGUEZ MARTIN

CRISTINA LOZANO SÁNCHEZ

LORENZO ORTEGA NOBLEJAS

1 Introducción

Las úlceras por presión son una complicación muy frecuente en los pacientes hospitalizados por estancias largas y/o patologías graves debido a una mala praxis en la gran mayoría de las veces, siendo nuestro país el que tiene unos índices más elevados de dichas heridas, alrededor de 100 mil pacientes las padecen diariamente.

Las úlceras por presión son unas heridas causadas por la necrosis de los tejidos de la piel, desde la epidermis hasta el músculo y los huesos. Se debe a la presión mantenida sobre los tejidos que impide la oxigenación.

Los pacientes de las unidades de cuidados intensivos, debido a una serie de factores que aumentan el riesgo de aparición de las mismas por los factores intrínsecos del paciente (gravedad, deterioro de la conciencia, estado hemodinámico inestable, uso de drogas vasoactivas, inmovilidad) y por los extrínsecos.

La prevalencia en las unidades de críticos ronda el 20% siendo una herida de origen isquémico, en las prominencias óseas, localizada en la piel y/o tejidos subyacentes, y fruto de la combinación de la fricción, la presión y/o el cizallamiento. Si el paciente se encuentra inmovilizado o encamado, tiene mayor riesgo de padecerlas sin olvidar los factores propios de cada paciente. Una vez producida la lesión, se clasifica en cuatro grados según los tejidos afectados.

2 Objetivos

- Describir los cuidados de enfermería en el cuidado y prevención de las Úlceras Por Presión (UPP).

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos científicas para recopilar información sobre los cuidados de enfermería a pacientes con ansiedad prequirúrgica. Las bases de datos utilizadas fueron: Pubmed, SciELO, Dialnet y Cuiden. Además, se consultó en el buscador Google Académico.

Palabras clave: enfermería, úlceras por presión, prevalencia, inmovilización, entre otras.

4 Resultados

Pasamos a describir los mejores cuidados de enfermería y medidas de prevención frente a las úlceras por presión de los pacientes ingresados en los centros hospitalarios:

- Colocar al paciente en dispositivos que alternen la presión y dispositivos que disminuyan la presión en pacientes en riesgo de úlceras por presión.
- Favorecer una dieta rica en proteínas que favorece la regeneración de los tejidos, por lo que las úlceras por presión se previenen.
- Generar un plan de intervención de cambios posturales cada 4 horas a través de un registro.
- Rellenar las escalas sobre úlceras por presión para poder valorar al paciente y prevenirlas.
- Utilizar de forma regular y en cada cambio postural el uso de aceites grasos hiperoxigenados.

- Realizar los cambios posturales cada dos o tres horas en el turno diario y cada cuatro por la noche. Estos son primordiales para prevenir las úlceras por presión y deben registrarse en la historia del paciente.
 - Aplicar barreos de protección como los parches hidrocoloides, el film de poliuretano o al ácido hialurónico como preventivo de las mismas.
 - Valorar el estado de la piel al ingreso y coincidiendo con el aseo diario, haciendo especial hincapié en las prominencias óseas.
 - Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida evitando dar masajes.
 - Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal o urinaria.
 - Fomentar los ejercicios pasivos si procede.
 - Colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón.
 - Mantener la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas.
 - Hacer la cama con pliegues para los dedos de los pies.
 - Evitar mecanismos de tipo flotadores para la zona sacra.
 - Usar agua templada y jabón suave para el baño, aclarar y secar especialmente, sin frotar las zonas de riesgo.
 - Vigilar las fuentes de presión y fricción.
 - Educar al cuidador acerca de los signos de pérdida de la integridad de la piel.
- Las enfermeras somos las responsables de la integridad de la piel para evitar que las estancias de los pacientes se alarguen y que ello conlleve un mayor gasto al sistema sanitario, por ello debemos trabajar para prevenirlas.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, las úlceras por presión son un gran problema sanitario, económico y social. Dentro del sistema sanitario se calcula, se calcula que afecta a 9 de cada 10 pacientes ingresados, independientemente de su edad.

Para prevenirlas, los profesionales de la enfermería deben estar continuamente al tanto de las medidas que se están utilizando en la actualidad. Existen recomendaciones sobre la prevención, pero es necesario revisar la literatura reciente para identificar las mejores medidas de prevención.

Por último, debemos crear un plan de general de cuidados donde interviene todos los profesionales que atienden al paciente. Hay que valorar al paciente en su conjunto y establecer un plan de prevención y tratamiento adecuado. En todo momento nuestras actuaciones deben quedar registradas.

6 Bibliografía

1. Bautista, L., Esparza, M., y Ortega, J. (2004). Las úlceras por presión en pacientes sometidos a ventilación mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos e intermedios del INER. *Rev. Inst. Nal. Enf. Resp. Mex.*,17
2. Pancorbo, P.L., García, F.P., Torra, J., Verdú, J., y Soldevilla, J. (2013). Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013.
3. López, M.D., Chiquero, S., y Garrido, J.M. (2016). Eficacia del aceite de oliva virgen extra frente a los ácidos grasos hiperoxigenados en la prevención de las úlceras por presión: revisión sistemática con metaanálisis. *Gerokomos*, 27.
4. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Directrices generales sobre prevención de las Úlceras por Presión. Disponible en <http://www.genaupp.org>
5. Nanda. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2003-2004.

Capítulo 75

EL EQUIPO DE ENFERMERÍA ANTE EL ICTUS.

SILVIA RASINES AGUILAR

MARTA MORENO CANALES

MARÍA DEL PRADO RAMÍREZ REINA

MIRIAM ANGULO QUINTANAR

SARA RODRIGUEZ ARENAS

1 Introducción

El ictus, también conocido como accidente cerebrovascular (ACV) o derrame cerebral, es una afección médica crítica que ocurre cuando el flujo sanguíneo al cerebro se interrumpe debido a un bloqueo o una hemorragia. Esto puede provocar daño cerebral grave y tener consecuencias potencialmente devastadoras para la salud y la calidad de vida de una persona.

Existen dos tipos principales de ictus:

- Ictus isquémico: Este tipo de ictus ocurre cuando un coágulo de sangre bloquea una arteria cerebral, reduciendo o deteniendo el flujo sanguíneo al cerebro. Puede deberse a la formación de coágulos en las arterias cerebrales o a la embolia de coágulos provenientes de otras partes del cuerpo.
- Ictus hemorrágico: Este tipo de ictus se produce cuando un vaso sanguíneo en el cerebro se rompe y sangra. Esto puede deberse a la hipertensión arterial,

aneurismas cerebrales u otras condiciones que debilitan las paredes de los vasos sanguíneos.

Los síntomas del ictus pueden variar, pero a menudo incluyen debilidad o parálisis en un lado del cuerpo, dificultad para hablar, visión borrosa, dolor de cabeza intenso y pérdida de coordinación.

El tratamiento inmediato es esencial para minimizar el daño cerebral. Los enfoques pueden incluir medicamentos para disolver coágulos (en caso de ictus isquémico), cirugía para reparar vasos sanguíneos dañados (en caso de ictus hemorrágico) y terapia de rehabilitación para recuperar funciones perdidas.

La prevención del ictus es fundamental y se centra en el control de factores de riesgo como la presión arterial alta, la diabetes, el tabaquismo y una dieta poco saludable. Reconocer los síntomas y buscar atención médica de inmediato es crucial para mejorar las posibilidades de recuperación.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones de la enfermería en el paciente que ha sufrido un 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 procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La atención de enfermería a un paciente ingresado por un ictus es esencial para su recuperación y bienestar. Los enfermeros desempeñan un papel crucial en el manejo de esta afección y en el apoyo a los pacientes y sus familias. A continuación, se describen algunas de las funciones clave del enfermero en esta situación:

- Evaluación inicial: El enfermero realiza una evaluación exhaustiva del paciente para determinar la gravedad del ictus y sus síntomas. Esto incluye medir signos vitales, evaluar la capacidad de respuesta, realizar un examen neurológico para identificar posibles déficits y tomar muestras de sangre para pruebas diagnósticas.
- Monitorización continua: Los enfermeros monitorean de manera continua a los pacientes con ictus para detectar cambios en su estado de salud. Esto incluye la monitorización de la presión arterial, la frecuencia cardíaca, la saturación de oxígeno y la temperatura. También vigilan de cerca cualquier deterioro neurológico y signos de complicaciones, como la hinchazón cerebral.
- Administración de medicamentos: Los enfermeros administran medicamentos según las indicaciones médicas. Esto puede incluir la administración de trombolíticos o anticoagulantes en casos de ictus isquémico, así como medicamentos para controlar la presión arterial, reducir la fiebre o prevenir convulsiones.
- Cuidado de las vías respiratorias: Los pacientes con ictus a menudo tienen dificultades para tragar y pueden estar en riesgo de aspiración de alimentos o líquidos. Los enfermeros pueden llevar a cabo medidas para garantizar una alimentación segura, como la administración de dietas modificadas en textura o la inserción de una sonda nasogástrica para alimentación y medicamentos.
- Movilización y prevención de complicaciones: La movilización temprana es importante para prevenir complicaciones como úlceras por presión y trombosis venosa profunda. Los enfermeros trabajan en colaboración con fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales para ayudar a los pacientes a recuperar la movilidad y la independencia.
- Apoyo emocional: Recibir un diagnóstico de ictus puede ser abrumador para los pacientes y sus familias. Los enfermeros brindan apoyo emocional, educación sobre la enfermedad y orientación a los pacientes y sus seres queridos. Ayudan a aliviar la ansiedad y a abordar las preocupaciones sobre el futuro.
- Coordinación del cuidado: Los enfermeros trabajan en estrecha colaboración con otros miembros del equipo de atención médica, como médicos, terapeutas y trabajadores sociales, para coordinar el cuidado integral del paciente. Esto incluye la planificación de la rehabilitación y la transición a la atención domiciliar o a un centro de rehabilitación si es necesario.
- Educación al paciente: Los enfermeros educan a los pacientes y sus familias

sobre cómo prevenir futuros episodios de ictus, controlar los factores de riesgo, tomar medicamentos según lo recetado y reconocer los signos de advertencia.

Los enfermeros desempeñan un papel esencial en la atención integral de los pacientes con ictus. Su enfoque abarca desde la evaluación inicial y la administración de tratamientos hasta el apoyo emocional y la educación. Su objetivo principal es mejorar la calidad de vida de los pacientes y contribuir a su recuperación.

5 Discusión-Conclusión

Cuando un paciente es ingresado por un ictus, es fundamental brindar un cuidado compasivo y efectivo. Mi recomendación principal es la paciencia. El proceso de recuperación puede ser largo y desafiante tanto para el paciente como para sus seres queridos. Escuchar y ofrecer apoyo emocional es esencial.

En segundo lugar, la educación es clave. Proporcionar información clara y comprensible sobre la condición del paciente, los tratamientos y las medidas preventivas, ayudará a empoderar al paciente y a su familia en la toma de decisiones.

También es vital fomentar la rehabilitación y la movilización temprana. Trabajar en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud, como fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, puede ayudar a maximizar la recuperación funcional. La compasión, la educación y la colaboración interdisciplinaria son fundamentales en el cuidado del paciente con ictus. Este enfoque integral puede marcar la diferencia en su recuperación y calidad de vida.

6 Bibliografía

1. Morales-Matute, M. G., Mesa-Cano, I. C., Ramírez-Coronel, A. A., & Pesántez-Calle, M. F. (2021). Conducta ética del profesional de enfermería en el cuidado directo al paciente hospitalizado: Revisión sistemática. *Archivos venezolanos de farmacología y terapéutica*, 40(3), 264-273.

Capítulo 76

EL EQUIPO DE ENFERMERÍA ANTE EL ENFERMO INGRESADO POR INTOXICACIÓN ETÍLICA.

SILVIA RASINES AGUILAR

MARTA MORENO CANALES

MARÍA DEL PRADO RAMÍREZ REINA

MIRIAM ANGULO QUINTANAR

SARA RODRIGUEZ ARENAS

1 Introducción

La intoxicación etílica con ingreso hospitalario, comúnmente conocida como "coma etílico" o "intoxicación por alcohol grave", se refiere a una situación médica urgente en la que una persona ha consumido una cantidad excesiva de alcohol, lo que resulta en una alteración significativa de su estado de conciencia y función fisiológica, lo suficientemente grave como para requerir atención médica en un entorno hospitalario.

Los síntomas de la intoxicación etílica con ingreso hospitalario pueden incluir confusión extrema, pérdida de la conciencia, dificultad para respirar, vómitos persistentes y convulsiones. En casos graves, esto puede llevar a complicaciones potencialmente mortales, como hipotermia, hipoglucemia o insuficiencia respiratoria.

El tratamiento en el hospital se centra en estabilizar al paciente y brindar apoyo vital. Esto puede incluir la administración de líquidos intravenosos para prevenir la deshidratación y corregir desequilibrios electrolíticos, así como la monitorización constante de las funciones vitales. En algunos casos, se puede administrar medicación para tratar los síntomas, como las convulsiones.

Una vez que el paciente está estable, se puede proporcionar consejería y educación sobre el abuso de alcohol, con el objetivo de prevenir futuras intoxicaciones y problemas relacionados con el alcohol.

La intoxicación etílica con ingreso hospitalario es una condición grave causada por la ingestión excesiva de alcohol, que requiere atención médica urgente para evitar complicaciones graves o potencialmente mortales.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones del enfermero en una intoxicación etílica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 enfermero desempeña un papel crucial en la atención al paciente ingresado por intoxicación etílica, asegurando una evaluación exhaustiva, estabilización y atención integral. A continuación, se describen las funciones fundamentales del enfermero en esta situación:

- Evaluación inicial: El enfermero debe realizar una evaluación rápida pero detallada del paciente. Esto incluye la medición de signos vitales como la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la frecuencia respiratoria y la temperatura. Además, debe evaluar el nivel de conciencia del paciente, la capacidad para respirar de

manera adecuada y cualquier signo de complicaciones, como vómitos o convulsiones.

- Administración de líquidos intravenosos: La deshidratación es común en la intoxicación etílica. El enfermero debe establecer una vía intravenosa para administrar líquidos y electrolitos al paciente. Esto ayuda a rehidratar al paciente, estabilizar su presión arterial y corregir desequilibrios electrolíticos.
- Monitorización continua: Durante el ingreso hospitalario, el enfermero debe realizar una monitorización constante de los signos vitales del paciente, especialmente si ha consumido cantidades significativas de alcohol. Esto incluye la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno. También debe observar cualquier cambio en el nivel de conciencia del paciente.
- Manejo de las complicaciones: Algunos pacientes con intoxicación etílica pueden experimentar complicaciones graves, como convulsiones, hipotermia o hipoglucemia. El enfermero debe estar preparado para manejar estas situaciones de manera efectiva, proporcionando medicación, calor o glucosa según sea necesario y garantizando la seguridad del paciente.
- Apoyo emocional y psicológico: La intoxicación etílica puede ser angustiante tanto para el paciente como para sus seres queridos. El enfermero debe ofrecer apoyo emocional, escuchar las preocupaciones del paciente y brindar información sobre los riesgos del consumo excesivo de alcohol.
- Educación sobre prevención: Después de la recuperación, el enfermero puede desempeñar un papel importante en la educación del paciente sobre los riesgos asociados con el abuso de alcohol. Proporcionar información sobre los efectos perjudiciales del alcohol y ofrecer recursos para la rehabilitación y el tratamiento de adicciones puede ayudar a prevenir futuras intoxicaciones.
- Coordinación del alta: Una vez que el paciente está estabilizado y se ha recuperado, el enfermero debe coordinar el alta hospitalaria, asegurándose de que el paciente esté en condiciones de ser dado de alta de manera segura. Esto puede incluir la entrega de recomendaciones de seguimiento, como asesoramiento en abuso de alcohol o derivación a programas de tratamiento.

El papel del enfermero en la atención al paciente ingresado por intoxicación etílica es esencial para la evaluación, estabilización y recuperación del paciente. Además de proporcionar cuidados físicos, el enfermero también brinda apoyo

emocional y educación sobre prevención, contribuyendo así a un enfoque integral de la atención al paciente en esta situación.

5 Discusión-Conclusión

Para un tratamiento efectivo del paciente ingresado por intoxicación etílica, es fundamental adoptar un enfoque compasivo y terapéutico.

En primer lugar, es crucial establecer una comunicación abierta y libre de juicios con el paciente. Escuchar sus preocupaciones y experiencias puede ayudar a construir una relación de confianza, lo que facilita el proceso de recuperación.

En segundo lugar, brindar educación sobre los riesgos asociados con el consumo excesivo de alcohol es esencial. Explique de manera clara y comprensible los peligros para la salud, los riesgos de recaída y las opciones de tratamiento disponibles. Proporcione información sobre recursos locales y nacionales donde el paciente pueda buscar apoyo adicional.

Por último, fomente la participación del paciente en la toma de decisiones sobre su tratamiento. Colabore con él para establecer metas realistas y un plan de acción personalizado que incluya estrategias para evitar futuras intoxicaciones. La atención compasiva y el apoyo continuo son fundamentales para ayudar al paciente a superar esta situación y avanzar hacia una vida más saludable y equilibrada.

6 Bibliografía

1. Morales-Matute, M. G., Mesa-Cano, I. C., Ramírez-Coronel, A. A., & Pesántez-Calle, M. F. (2021). Conducta ética del profesional de enfermería en el cuidado directo al paciente hospitalizado: Revisión sistemática. *Archivos venezolanos de farmacología y terapéutica*, 40(3), 264-273.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 77

EL EQUIPO DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA

SILVIA RASINES AGUILAR

MARTA MORENO CANALES

MARÍA DEL PRADO RAMÍREZ REINA

MIRIAM ANGULO QUINTANAR

SARA RODRIGUEZ ARENAS

1 Introducción

Cuando un paciente ingresa al hospital con esquizofrenia, es importante abordar su atención de manera integral y centrada en su bienestar mental. La esquizofrenia es un trastorno mental crónico que puede presentar síntomas como alucinaciones, delirios, pensamiento desorganizado y cambios en la emocionalidad. Aquí hay algunas consideraciones clave:

En primer lugar, se debe realizar una evaluación exhaustiva para comprender la historia clínica del paciente, sus síntomas actuales y su nivel de funcionamiento. Esto ayudará a establecer un diagnóstico preciso y un plan de tratamiento personalizado.

La medicación antipsicótica suele ser una parte importante del tratamiento para controlar los síntomas. El paciente debe recibir la medicación adecuada y se deben monitorear de cerca los efectos secundarios.

La terapia psicológica, como la terapia cognitivo-conductual, puede ser beneficiosa para ayudar al paciente a lidiar con sus síntomas y mejorar su funcionamiento en la vida cotidiana.

La atención multidisciplinaria es esencial. Esto implica la colaboración entre psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeros para brindar un enfoque completo de atención.

La educación sobre la enfermedad y el apoyo a la familia también son componentes críticos. Ayudar a la familia a comprender la esquizofrenia y proporcionar estrategias para apoyar al paciente puede mejorar el proceso de recuperación.

El respeto, la empatía y la comprensión son fundamentales en la atención de un paciente con esquizofrenia. Tratar al paciente con dignidad y trabajar juntos en su recuperación puede marcar una diferencia significativa en su calidad de vida.

El tratamiento de un paciente con esquizofrenia requiere un enfoque holístico que aborde tanto los síntomas como el bienestar emocional. Con el apoyo adecuado y la atención integral, muchos pacientes pueden llevar una vida significativa y satisfactoria.

2 Objetivos

Mostrar las funciones de enfermería dentro de los procesos y situaciones que se describen el título en su puesto de trabajo del servicio del centro 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 rol del enfermero en el cuidado del paciente ingresado por esquizofrenia es de suma importancia para proporcionar una atención integral y mejorar la calidad

de vida del paciente. Aquí se destacan algunas funciones clave del enfermero en esta situación:

Evaluación exhaustiva: El enfermero debe realizar una evaluación completa de la condición del paciente, incluyendo la historia clínica, síntomas actuales, comportamiento, y factores sociales y ambientales que puedan influir en su salud mental. Esta evaluación es esencial para establecer un diagnóstico preciso y un plan de tratamiento adecuado.

Establecimiento de una relación terapéutica: El enfermero debe establecer una relación de confianza y empatía con el paciente. La esquizofrenia puede generar desconfianza y paranoia, por lo que el enfermero debe esforzarse en crear un ambiente seguro y comprensivo para el paciente, lo que facilitará la comunicación y la colaboración en su tratamiento.

Administración y seguimiento de medicamentos: Los enfermeros pueden ser responsables de administrar medicamentos antipsicóticos u otros tratamientos recetados por el psiquiatra. También deben realizar un seguimiento cercano de los efectos secundarios y la respuesta del paciente al tratamiento, ajustándolo si es necesario.

Terapia individual y grupal: Los enfermeros pueden llevar a cabo sesiones de terapia individual o grupal para ayudar al paciente a manejar sus síntomas, mejorar sus habilidades sociales y aprender estrategias de afrontamiento. Estas terapias pueden incluir terapia cognitivo-conductual, terapia ocupacional y más.

Educación al paciente y su familia: Proporcionar información sobre la esquizofrenia y su tratamiento es crucial. Los enfermeros pueden educar al paciente y a su familia sobre la naturaleza de la enfermedad, la importancia de la adherencia al tratamiento y cómo enfrentar los desafíos que puedan surgir.

Monitoreo de riesgo: Los enfermeros deben estar atentos al riesgo de autolesiones o suicidio, que puede aumentar en algunos pacientes con esquizofrenia. Deben seguir protocolos de evaluación de riesgo y tomar medidas apropiadas para garantizar la seguridad del paciente.

Colaboración interdisciplinaria: Trabajar en estrecha colaboración con psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y otros profesionales de la salud mental es fundamental. La atención al paciente con esquizofrenia es un esfuerzo en equipo, y la coordinación de la atención garantiza un enfoque integral y coherente.

5 Discusión-Conclusión

Para brindar una atención efectiva al paciente ingresado por esquizofrenia, es esencial mantener una aproximación centrada en el paciente y en su bienestar integral. Primero, es fundamental establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. Escuche activamente al paciente, valide sus sentimientos y preocupaciones, y fomente la comunicación abierta.

En segundo lugar, asegúrese de que el entorno sea seguro y estructurado. Esto incluye mantener una rutina consistente, ofrecer un ambiente tranquilo y predecible, y minimizar cualquier estímulo estresante. Colabore estrechamente con el equipo de atención interdisciplinaria para garantizar una atención integral y coherente.

Por último, eduque al paciente y a su familia sobre la esquizofrenia y el tratamiento, fomentando la adherencia al plan terapéutico. Anime al paciente a participar activamente en su propio cuidado y a establecer metas realistas. La empatía y el apoyo continuo son clave para ayudar al paciente a manejar su condición y mejorar su calidad de vida.

6 Bibliografía

Morales-Matute, M. G., Mesa-Cano, I. C., Ramírez-Coronel, A. A., & Pesántez-Calle, M. F. (2021). Conducta ética del profesional de enfermería en el cuidado directo al paciente hospitalizado: Revisión sistemática. *Archivos venezolanos de farmacología y terapéutica*, 40(3), 264-273.

Capítulo 78

ENFERMERÍA Y EL ESTADO EMOCIONAL DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

LAURA NAVARRO HERRADOR

BEATRIZ LOPEZ COBOS

ESTHER PILAR GARCIA LEÓN

BEGOÑA CHÁVARRI MENA

MIRIAM ROSILLO MUÑOZ

1 Introducción

Los pacientes que acuden a la Unidad de Hemodiálisis (UHD) son personas afectadas por la Enfermedad Renal Crónica (ERC). Esta enfermedad se caracteriza por una pérdida progresiva de las funciones vitales de los riñones, produciendo una acumulación de líquido y sustancias de desecho en el organismo del afectado.

Las principales causas de la ERC son la diabetes y la Hipertensión Arterial (HTA). Estas enfermedades no son los únicos factores etiológicos de la ERC. Existen otros como las vasculopatías en la circulación renal, cálculos renales, infecciones, lesiones renales, nefropatías, incluso fármacos utilizados en el tratamiento del cáncer que también pueden afectar severamente al funcionamiento de los riñones.

Debido a la incapacidad de eliminar toxinas y a la acumulación de líquido en su organismo, estos pacientes experimentan multitud de síntomas, entre los que destacan: debilidad, dolor que dificulta la movilidad, depresión, ansiedad, dificultad para dormir, somnolencia, anemia, estreñimiento o síndrome de piernas inquietas.

Atendiendo a la gravedad de la patología, la ERC se clasifica en 5 estadios de orden creciente. Así, el estadio 1 sería el más leve, mientras que el 5 correspondería a la afectación más severa de los riñones. Tanto es así que, cuando un paciente se encuentra en el estadio 4 ó 5, se dice que tiene ERC avanzada (ERCA).

Aproximadamente, el 6,8% de la población española padece ERCA y nota que los síntomas mencionados anteriormente se agudizan, afectando aún más su calidad de vida.

Debido a ello, los pacientes con ERCA deben incorporar nuevas rutinas y hábitos en su día a día para que la enfermedad no se agrave y los tratamientos a los que se someten resulten efectivos, lo que supone un cambio en su estilo de vida. Sin embargo, no todos lo hacen de la misma manera ni al mismo tiempo. De hecho, los estudios que han evaluado la depresión y la ansiedad en este tipo de pacientes hablan de tasas que varían entre el 25% y el 50%, llegando hasta el 70% en algunos casos.

2 Objetivos

- Valorar y determinar el estado emocional de los pacientes de la UHD del Hospital General Universitario de Ciudad Real (HGU CR), así como sus estrategias de afrontamiento frente a la ERC.

3 Metodología

El instrumento de evaluación utilizado fue la Herramienta para la Detección del Estado Emocional de Pacientes en Diálisis (EE-D), extraído del estudio realizado por García – Llana, H. et al. en 2016 en el Hospital Universitario La Paz. Este cuestionario consta de 5 ítems presentados de diferente manera: escala tipo Likert, preguntas dicotómicas (sí/no) y preguntas abiertas.

En la primera pregunta se le pide al paciente que valore su grado de tristeza y nerviosismo en los últimos 7 días. Para ello, se utilizan dos escalas del 0 al 10, donde 0 corresponde a “nada triste/nada nervioso” y 10 a “extremadamente triste/extremadamente nervioso”. Con ello, se pretende hacer un screening de la

depresión y ansiedad, respectivamente. El punto de corte en ambos casos se sitúa en 5. En el segundo ítem se pregunta al paciente sobre posibles preocupaciones en diferentes áreas: familiar, laboral, psicológica/emocional, espiritual/religiosa, enfermedad/tratamiento, relación con profesionales, otros. En caso de que responda sí a alguna de estas áreas, se le pide que especifique “qué le preocupa”.

Las preguntas tres y cuatro se destinan a conocer las estrategias y recursos de afrontamiento que posee el paciente. En la quinta y última pregunta, el profesional explora los signos externos de malestar que observa en el paciente durante la sesión de diálisis. Además, el EE-D incluye un apartado de observaciones, en caso de que el entrevistador desee añadir algún apunte extra. Para la corrección del EE-D se utilizó el documento Claves para la interpretación y toma de decisiones del EE-D, recogido igualmente en el estudio realizado por García – Llana, H. et al. en 2016.

La muestra estuvo compuesta por 22 pacientes pertenecientes a la Unidad de Hemodiálisis del Hospital General Universitario de Ciudad Real, de los cuales 13 eran mujeres y 9 eran hombres. La edad media de los participantes fue de 64,45 años. Los criterios de inclusión fueron: (ser mayor de edad y (2) padecer ERCA, mientras que los criterios de exclusión fueron: (1) tener deterioro cognitivo, (2) tener trastornos del lenguaje y/o problemas de comunicación, y (3) tener un nivel cultural bajo que impida la correcta comprensión de los ítems del cuestionario. Las entrevistas fueron realizadas durante las sesiones de diálisis, de lunes a viernes, a los pacientes de los turnos de mañana y tarde. Los pacientes del turno de noche no fueron evaluados por no estar presente el evaluador en dicho horario. Todos los participantes fueron informados del tipo de estudio y del objetivo del mismo. Previamente a la evaluación de su estado emocional, dieron su consentimiento verbal y se les garantizó la confidencialidad de datos.

4 Resultados

Los resultados del presente estudio mostraron que:

1) El 59% de los pacientes ha dado positivo a la prueba de screening de depresión y casi el 32% a la de ansiedad.

De los 22 participantes, 13 superaron el punto de corte en el ítem tristeza, lo que supondría el 59,1% de los pacientes. Por otro lado, 7 pacientes superaron el punto de corte en el ítem nerviosismo, lo que equivaldría al 31,8% de los participantes. Si diferenciamos en función del sexo, el 76,9% de las mujeres señalaron con una puntuación de 5 o más de 5 el ítem tristeza, frente a un 33,3% de los hombres que

puntuaron con 5 o más de 5 el mismo ítem. En cuanto al ítem nerviosismo, el 38,4% de mujeres lo valoró con una puntuación de 5 o más de 5, frente a un 22,2% de los hombres que hizo lo propio con el mismo ítem.

2) Las principales preocupaciones de los pacientes se relacionan con el ámbito emocional/psicológico y enfermedad/tratamiento.

De los 22 participantes, el 18,1% mostró preocupaciones familiares, relacionándolas fundamentalmente con falta de apoyo y/o acompañamiento familiar, así como con enfermedades que puedan padecer otros miembros de la familia. El 9% de los pacientes mostró preocupaciones a nivel laboral, especialmente por el hecho de querer trabajar y no poder hacerlo. El 27,2% de los pacientes mostró preocupaciones emocionales/psicológicas, sobre todo, en relación con la enfermedad actual, el futuro y la falta de esperanza. Solo un participante (4,5%) expresó preocupación por la esfera religiosa/espiritual, confesando haber dejado de creer en Dios a raíz del diagnóstico de su enfermedad y el posterior tratamiento de hemodiálisis. De la misma manera que con el área psicológica, el 27,2% de los participantes mostró preocupaciones relacionadas con su enfermedad y el tratamiento que reciben, especialmente en lo que respecta a la medicación, los efectos secundarios de la hemodiálisis, la espera de un posible trasplante o el cansancio de ir y venir 3 días en semana al hospital. Por último, el 9% de los pacientes confesó tener preocupaciones relacionadas con el equipo sanitario de la UHD, refiriendo que en alguna ocasión han recibido “una contestación fuera de lugar”.

3) La principal estrategia de afrontamiento es “vivir el día a día”.

Casi todos los pacientes del estudio expresaron que se sirven de diferentes herramientas que han ido adquiriendo a lo largo de los años para afrontar los días en los que su ánimo decae. De todas ellas, la más repetida fue la de “aprovechar cada minuto de vida, vivir el día a día, el aquí y el ahora”. Otros de los recursos que mencionaron utilizar fueron:

- Ver la televisión.
 - Leer poesía.
 - Socializar con otras personas, especialmente, con la familia.
 - Mantenerse activo, mental y físicamente.
 - Pasear.
 - Descansar.
 - Escuchar música.
 - Llorar y desahogarse.
 - Pensar: “solo estoy enfermo los ratos en los que vengo a la UHD”.
- 4) Se apreciaron signos externos de malestar (mirada, tono de voz) en aquellos pacientes que superaron el punto de corte en los ítems tristeza y nerviosismo.

Sin embargo, este ítem fue difícil de valorar debido a la presencia de mascarillas.

5 Discusión-Conclusión

Muchos de los pacientes evaluados llevan largos periodos de sus vidas en la UHD (algunos más de 30 años) y conciben la vida de manera diferente a como la podemos concebir el resto de personas que no estamos limitadas por, ni somos dependientes de un tratamiento que implica acudir 3 días/semana durante 4h/día al hospital.

En este estudio se ha comprobado que hasta un 59,1% de estos pacientes son susceptibles de presentar sintomatología depresiva y otro gran porcentaje, 31,8%, sintomatología ansiógena. Estas tasas se sitúan dentro de la prevalencia demostrada en estudios anteriores, de las que ya se ha hablado anteriormente en la introducción. Dichos pacientes necesitarían un apoyo emocional básico y/o específico, debiéndose prestar especial atención a su evolución. Además, la necesidad de ayuda psicológica se hace más evidente si diferenciamos en función del sexo, siendo las mujeres las más afectadas en este sentido, ya que hasta el 76,9% de ellas se siente triste y el 38,4% se siente nerviosa en el momento actual, frente a un 33,3% y un 22,2% de los hombres, respectivamente.

6 Bibliografía

1. García-Llana, H. et al. (2016). Desarrollo de un instrumento para la evaluación del malestar emocional para pacientes renales en diálisis. *Enferm Nefrol [Internet]*, 19 (4): 349-57. Disponible en: <https://enfermerianefrologica.com/revista/article/view/4136>
2. Gómez Vilaseca, L. et al. (2015). Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes de hemodiálisis. *Enferm Nefrol [Internet]*, 18 (2): 112 – 117. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v18n2/original5.pdf>
3. Guerrero Riscos, M. A. et al. (2019). Estudio ERCA. Características basales, evaluación de la aplicación de la información estructurada para la elección de tratamiento renal sustitutivo y evolución a un año de los pacientes incidentes en la consulta ERCA. *Revista de la Sociedad Española de Nefrología*, 39 (6): 629-637. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-pdf-S021169951930061X>
4. Olmedo Moreno, N. et al (2017). Valoración enfermera del estado emocional del paciente en hemodiálisis mediante la herramienta para la detección del estado emocional de pacientes en diálisis (EE-D). *Enferm Nefrol [Internet]*, 20 (1): 58 – 64. Disponible en: <https://enfermerianefrologica.com/revista/article/view/4049>

5. Ortega Junco, E. et al. (2018). Prevalencia de síntomas en enfermedad renal crónica avanzada. Nefrología [Internet], 38 (5): 558 – 572. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-pdf-S0211699518300079>
6. Romero, N. et al. (2019). Causas de enfermedad renal entre los pacientes de una unidad de hemodiálisis. Rev Cubana Urol [Internet], 8 (1): 98 – 106. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcuburol/rcu-2019/rcu191p.pdf>
7. Vázquez MI. (2020). Aspectos Psicosociales del Paciente en Diálisis. En: Lorenzo V, López Gómez JM (Eds). Nefrología al día. Aspectos Psicosociales del Paciente en Diálisis. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/276>.

Capítulo 79

ENFERMERÍA ANTE EL DESARROLLO CON LOS PACIENTES CON HIPOTERMIA DESPUÉS DE FALLO CARDIACO

LAURA NAVARRO HERRADOR

BEATRIZ LOPEZ COBOS

ESTHER PILAR GARCIA LEÓN

BEGOÑA CHÁVARRI MENA

MIRIAM ROSILLO MUÑOZ

1 Introducción

El síndrome posparo cardíaco es una afección grave que se produce después de un paro cardíaco, en el que el corazón deja de latir efectivamente. Aunque la reanimación cardiopulmonar (RCP) y la reanimación inmediata han mejorado significativamente las tasas de supervivencia, muchos pacientes todavía informan de una restauración exitosa de la circulación espontánea. complicaciones neurológicas graves. En los últimos 15 años, el control de la temperatura se ha vuelto

Estrategia básica para inducir neuroprotección en pacientes con síndrome posparo cardíaco. Se observó mantenimiento de la temperatura.

Acciones específicas de alcance limitado pueden tener efectos beneficiosos sobre la función cerebral y mejorar el pronóstico neurológico. Esta terapia, llamada La termoterapia dirigida (TTM), es decir, la hipotermia terapéutica, implica una reducción controlada de la temperatura corporal durante un período de tiempo específico. un momento. Además del control de la temperatura, también se han investigado enfoques farmacológicos para lograr la neuroprotección en pacientes con trastornos neurológicos graves, pero hasta la fecha

Aún no ha mostrado el efecto deseado. Por lo tanto, el control de la temperatura sigue siendo la principal estrategia de tratamiento en estos pacientes. El principal objetivo de este trabajo es analizar las recomendaciones existentes y

Mejores prácticas para el control de temperatura y neuroprotección en pacientes con síndrome de paro cardíaco. Se comprobará el nivel óptimo. temperatura, tiempo de tratamiento y método de control de temperatura. disponible. Puntos clave a la hora de elegir

Se analizan los métodos de control de temperatura, así como los posibles riesgos y beneficios. relacionados con cada enfoque. Por tanto, el control de la temperatura y la neuroprotección son aspectos importantes en el manejo de los pacientes con síndrome de paro cardíaco.

2 Objetivos

El objetivo principal es analizar las recomendaciones actuales y las mejores prácticas en el control de temperatura y la neuroprotección en pacientes con síndrome de postparada cardiaca. Se examinarán los niveles óptimos de temperatura, la duración de la terapia, y los métodos de control de temperatura disponibles.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 control de temperatura en pacientes con parada cardíaca recuperada, conocido como hipotermia terapéutica, es una estrategia efectiva para reducir el daño neurológico y mejorar los resultados clínicos. Aproximadamente uno de cada diez pacientes sobrevive a una parada cardíaca, pero solo la mitad de ellos tiene un buen estado neurológico. El síndrome postresucitación que se desencadena después de una parada cardíaca incluye lesión cerebral, disfunción miocárdica y síndrome de isquemia-reperusión sistémica.

La neuromonitorización, mediante técnicas como la oximetría cerebral y el Doppler transcraneal, puede ayudar en la detección temprana de complicaciones neurológicas. Las estrategias de neuroprotección, como el TTM (Targeted Temperature Management), son fundamentales para limitar el daño cerebral secundario y mejorar los resultados funcionales. El uso de TTM, que implica mantener una temperatura objetivo entre 32-34°C, está recomendado en las guías clínicas para el cuidado postresucitación.

La hipotermia actúa reduciendo la despolarización anóxica, la excitotoxicidad y la exposición a radicales libres, entre otros mecanismos, lo que ayuda a proteger el tejido cerebral. Además, la hipotermia tiene efectos beneficiosos en el manejo post-parada cardíaca al reducir el metabolismo y los daños causados por la reperusión. También disminuye la respuesta inflamatoria y la presión intracraneal, y reduce el riesgo de fiebre como consecuencia de la inflamación sistémica.

Es importante tener en cuenta que el objetivo óptimo de temperatura aún no está definido de manera precisa, aunque la mayoría de las guías sugieren una temperatura objetivo de 32-34°C. El inicio temprano del control de temperatura después de la recuperación de la circulación espontánea mejora el pronóstico neurológico y la supervivencia. Sin embargo, el manejo del control de temperatura puede variar según las guías y protocolos de cada institución, y debe ser realizado por personal capacitado.

En conclusión, el control de temperatura, mediante la hipotermia terapéutica, es una estrategia recomendada en el manejo de pacientes con parada cardíaca recuperada. Mantener una temperatura objetivo entre 32-34°C puede mejorar el pronóstico neurológico y la supervivencia. Sin embargo, es fundamental seguir las recomendaciones específicas de cada institución y tener en cuenta las características clínicas individuales del paciente. El control de temperatura debe ser realizado por personal capacitado y en un entorno adecuado para garantizar su eficacia y seguridad.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos destacando que es necesario desarrollar un protocolo claro que especifique qué pacientes deben recibir terapia de control de temperatura y cómo se debe realizar, con el objetivo de homogeneizar el tratamiento y optimizar los resultados.

El protocolo de manejo de la terapia de control de temperatura debe incluir aspectos técnicos, prevención de complicaciones, manejo general del paciente y valoración neurológica.

El papel de enfermería en la implementación de la técnica de manejo de temperatura en la unidad de cuidados intensivos (UCI) es fundamental. Es crucial contar con personal capacitado en el manejo de esta técnica y en el cuidado de pacientes con este tipo de terapia.

Se recomienda orientar el control de la temperatura post parada cardiaca en línea con las recomendaciones del ERC hacia el uso de hipotermia entre 32 y 36 °C en pacientes que han recuperado circulación espontánea pero permanecen inconscientes. Este control térmico debe mantenerse durante al menos 24 horas.

6 Bibliografía

1. Monsieurs KG, et al. Recomendaciones para la Resucitación 2015 del Consejo Europeo de Resucitación (ERC). European Resuscitation Council.
2. Hypothermia after Cardiac Arrest Study Group. Mild therapeutic hypothermia to improve the neurologic outcome after cardiac arrest. NEJM 2002; 346(8):549-56.
3. Nielsen N, Wetterslev J, Cronberg T, Erlinge D, Gasche Y, Hassager C, et al. Targeted Temperature Management at 33°C versus 36°C after cardiac arrest. NEJM2013: 369; 23

Capítulo 80

ENFERMERÍA Y SU APORTACION EN LOS PACIENTES CON EL DOLOR ONCOLÓGICO

LAURA NAVARRO HERRADOR

BEATRIZ LOPEZ COBOS

ESTHER PILAR GARCIA LEÓN

BEGOÑA CHÁVARRI MENA

MIRIAM ROSILLO MUÑOZ

1 Introducción

Enfermería es el equipo médico que se encarga de suministrar los medicamentos necesarios para evitar el dolor a las personas con cáncer.

Existe evidencia de que el dolor de los pacientes con cáncer es intenso y, por lo tanto, puede tener graves consecuencias para el paciente. En general, el dolor tiende a desarrollarse de forma crónica, con agudizaciones y crisis de diverso origen y, por regla general, con un componente emocional y angustioso adicional. Si bien existen herramientas terapéuticas para un buen control de la mayoría de los dolores relacionados con el cáncer, se ha demostrado que estos pacientes no experimentan ningún dolor. Sin duda, las enfermeras juegan un papel importante en el manejo adecuado del dolor, tanto en atención primaria como en el hospital. Esto involucra muchas áreas, como la evaluación de la fuente y la

gravedad del dolor, y la atención de seguimiento adecuada. Este artículo analiza las principales escalas de dolor, los tratamientos farmacológicos disponibles en la actualidad, las estrategias para su uso y algunas recomendaciones de dosificación. En conclusión, mientras que el conocimiento y el compromiso de las enfermeras con el manejo del dolor por cáncer está aumentando, la evaluación del dolor, el enfoque individual del paciente y el uso preciso de analgésicos están aumentando.

2 Objetivos

Identificar y mejorar el conocimiento de las enfermeras sobre el dolor oncológico para brindar una atención de calidad a los pacientes con este tipo de dolor.

3 Metodología

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

4 Resultados

Antes de iniciar el tratamiento se debe realizar una evaluación adecuada con tres objetivos bien definidos: evaluación del dolor del paciente, evaluación de la eficacia del tratamiento con implantes y revisión de eventos adversos. La información del propio paciente (autoinforme) es la mejor manera de evaluar el dolor, aunque debe agregarse y confirmarse con los informes de los cuidadores (familiares, allegados, etc.) para tener en cuenta las características del dolor (tipo de dolor, ubicación, distribución, tiempo, etc.), magnitud, tipo y posibles consecuencias para la función del objeto, así como la identificación de otros factores coexistentes. La evaluación del dolor es más compleja que la simple medición del dolor y requiere el uso de parámetros que sirvan como guía rápida y clínica para los profesionales de la salud (tanto médicos como de enfermería). En general, las pruebas de dolor, por exhaustivas que sean, pueden reducir las respuestas de un paciente a cuatro preguntas: qué dolor, dónde, cómo y cuánto duele. La intensidad se puede establecer usando una escala categórica (sin dolor, leve, moderado,

severo, abrumador), numérica, verbal o visual similar de 0 (sin dolor) a 10 (dolor máximo concebible).

Este último es el más utilizado debido a su simplicidad y facilidad de implementación en todo el mundo. La Escala Analógica Visual también tiene la ventaja de que puede utilizarse, además de estimar la intensidad, para medir el alivio del dolor. Debe ir acompañado de indicadores adecuados de sueño, calidad de vida y actividad física (ECOG, Índice Karnowski, EuroQol...)

La valoración del dolor debe ser considerada un parámetro normal de la práctica clínica diaria, considerado el quinto signo vital, y tanto médicos como enfermeras deben participar activamente. Para ello se utilizará una báscula de fácil manejo y un calibrador con escala análoga visual que podrá llevar consigo y notas breves a intervalos regulares con anotaciones diarias de dolor para registrar el desempeño de su variación periódica en la historia del paciente. Este sistema de registro permite que todo el personal médico en contacto con el paciente tenga acceso al conocimiento sobre el dolor y su evolución. En algunos hospitales, este hallazgo se suma a otros protocolos hospitalarios y se considera un beneficio adicional en el manejo adecuado del dolor. Los profesionales de la salud son quizás el personal del hospital mejor capacitado para evaluar el dolor de manera continua y efectiva, y mejor equipados para detectar la posibilidad de nuevos síndromes de dolor, intervenir no solo en la medición del dolor y la respuesta analgésica, sino también en la educación de los pacientes y sus familias sobre el tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo enfatizando que el manejo adecuado de este tipo de dolor en enfermeras depende de la aplicación de la medicina y la práctica basadas en la evidencia. En este estudio, la práctica basada en la evidencia se definió como una decisión clínica basada en la mejor evidencia, la experiencia clínica y las preferencias del paciente. Por lo tanto, se espera que las enfermeras tengan los conocimientos y habilidades para poder poner en práctica este tipo de intervención, pero para hacerlo bien, todavía hay dificultades y obstáculos. Las barreras experimentadas por las enfermeras fueron principalmente organizativas y temporales, como la falta de tiempo, la gran carga de trabajo, el uso inadecuado de las intervenciones farmacológicas y la falta de conocimiento y conciencia sobre el manejo del dolor.

6 Bibliografía

1. Dopico Santamariña LM, Hermida Porto L. Manejo del dolor oncológico [monografía en Internet]. Fistera; 2014 [acceso 8 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/manejo-dolor-oncologico/>.
2. Bartoszczyk DA, Gilbertson-White S. Interventions to nurse-related barriers in cancer pain management. *Oncol Nurs Forum* [revista en Internet]. 2015 [acceso 10 de mayo de 2017]; 42(6): [634-41]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4617595/>.
3. Hochstenbach LMJ, Zwakhlande SMG, Courtens AM, van Kleef M, de Witte LP. Feasibility of a mobile and web-based intervention to support self-management in outpatients with cancer pain. *Eur J Oncol Nurs* [revista en Internet]. 2016 [acceso 10 de mayo de 2017]; 23: [97-105]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1462388916300278>.
4. Pereira DTS, Andrade LL, Agra G, Lopes Costa MM. Condutas terapêuticas utilizadas no manejo da dor em oncologia. *Rev Pesqui Ciud Fundam* [revista en Internet]. 2014 [acceso 10 de mayo de 2017]; 7(1): [1883-90]. Disponible en: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/3578/pdf_1423.
5. Shahriary S, Shiryazdi SM, Shiryazdi SA, Arjomandi A, Haghighi F, Vakili FM et al. Oncology nurses knowledge and attitudes regarding cancer pain management. *Asian Pac J Cancer Prev* [revista en Internet]. 2015 [acceso 10 de mayo de 2017]; 16(17): [7501-06]. Disponible en: http://journal.waocp.org/article_31612_f9a7164191b1289b7bb3254da173d3a.pdf.
6. Hernán Garrido R. Manejo del dolor en cáncer. *Rev Med Clin Condes* [revista en Internet]. 2013 [acceso 10 de mayo de 2017]; 24(4): [661-666]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revistamedicaclinicalascondes-202-articulo-manejo-del-dolor-cancerS0716864013702050>

Capítulo 81

ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE QUE SUFRE UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

CAROLINA SOLANA ROMERO

ÁNGEL OROZCO FAJARDO

ANA MARÍA VIVAR RODRÍGUEZ

AROA MARÍA ÁLVAREZ BERRAL

JOSE ANTONIO NUÑEZ MORENO

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 el contexto de la atención en urgencias las funciones del personal de enfermería.
- Dar a conocer los signos de alarma de un infarto agudo de miocardio.

3 Metodología

Para profundizar en este capítulo se realizó un estudio que se basó en un análisis bibliográfico de la literatura científica actualmente publicada. Búsqueda sistemática de artículos de revistas académicas y libros en el campo de la ciencia y usando palabras clave relacionados con el tema a tratar.

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 82

ENFERMERÍA EN LA INTOXICACIÓN POR SETAS

CAROLINA SOLANA ROMERO

ÁNGEL OROZCO FAJARDO

ANA MARÍA VIVAR RODRÍGUEZ

AROA MARÍA ÁLVAREZ BERRAL

JOSE ANTONIO NUÑEZ MORENO

1 Introducción

La intoxicación por setas puede provocar consecuencias muy graves para la salud.

La complejidad de las especies de setas, su variabilidad en toxicidad y la falta de conocimiento sobre su identificación, son factores que dificultan el diagnóstico y el tratamiento adecuado de la intoxicación. Por ello, la actuación de enfermería en la atención a pacientes intoxicados por setas es fundamental para la prevención de complicaciones y la mejora de la evolución clínica de los pacientes.

Las enfermeras deben realizar una valoración completa de los pacientes, incluyendo su peso, edad, tipo de seta que ha ingerido, la cantidad, el estado de hidratación, función hepática y renal, y otros parámetros clínicos relevantes, para poder proporcionar un tratamiento adecuado.

Deberemos observar los síntomas del paciente, ya que los síntomas predominantes marcarán cuál será su tratamiento específico. Son síntomas colinérgicos o

muscarínicos la sudoración excesiva, lagrimeo, salivación, micción y defecación involuntaria, contracción de la pupila, náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal, broncoconstricción y bradicardia. Por otro lado, los síntomas anticolinérgicos o antimuscarínicos son causados por la inhibición del sistema nervioso parasimpático y pueden incluir sequedad de boca y piel, visión borrosa, midriasis o dilatación de la pupila, taquicardia, retención urinaria, estreñimiento, confusión, delirio y alucinaciones.

En España, existen diversas especies de setas tóxicas que pueden causar graves intoxicaciones en las personas que las consumen. Algunas de las setas más comunes y peligrosas son las siguientes:

- *Amanita phalloides*: También conocida como "seta de la muerte", es una de las especies más venenosas y letales que existen. Contiene una toxina que ataca al hígado y puede provocar fallo hepático.
- *Amanita pantherina*: Otra especie de *Amanita*, contiene la misma toxina que la *Amanita phalloides* y puede causar síntomas similares.
- *Gyromitra esculenta*: Esta seta, conocida popularmente como "falsa morilla", contiene una sustancia tóxica que puede causar daño hepático y renal.
- *Tricholoma equestre*: Aunque no es tan peligrosa como las anteriores, esta seta puede contener una toxina que provoca problemas gastrointestinales, como náuseas, vómitos y diarrea.
- *Boletus satanas*: También conocida como "boletus diabólico", es una seta venenosa que puede causar síntomas gastrointestinales, neurológicos y renales.

Es importante recordar que no se debe recolectar ni consumir setas silvestres si no se cuenta con un conocimiento experto sobre ellas, ya que algunos ejemplares tóxicos pueden parecerse mucho a especies comestibles. Además, se recomienda siempre cocinar las setas antes de su consumo para eliminar cualquier posible toxina.

2 Objetivos

Objetivos:

- Identificar los mejores protocolos y guías de actuación enfermera en la atención a pacientes intoxicados por setas.
- Recopilar información actualizada sobre los signos y síntomas de las intoxicaciones por setas, así como sobre los cuidados de enfermería específicos que deben ser proporcionados.
- Identificar las principales complicaciones y riesgos asociados a la intoxicación por setas y las intervenciones de enfermería que pueden prevenirlas o tratarlas.

- Analizar los estudios que evalúan la efectividad de diferentes tratamientos y cuidados de enfermería en la recuperación de los pacientes intoxicados por setas.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: PubMed, Scopus y Web of Science. También en los metabuscadores: Google Academy y Wayback Machine.

Se utilizaron palabras clave como "intoxicación por setas", "atención de enfermería", "tratamiento", "síntomas", "complicaciones", entre otros.

Se han empleado los operadores booleanos AND y OR para combinaciones de las mismas e identificar estudios relevantes.

Se seleccionaron aquellos artículos relevantes para la pregunta de investigación, utilizando criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos.

4 Resultados

Dependiendo del tipo de seta, la intoxicación puede causar diferentes síndromes que requieren tratamientos específicos.

El síndrome hepatotóxico, también conocido como síndrome faloidiano, es el más grave y es causado por la *Amanita phalloides*, la seta más común en España.

El objetivo del tratamiento en este caso es absorber y eliminar las toxinas ya liberadas, ya que no existe un antídoto específico. Para lograr esto, se utilizan sustancias como la penicilina G, silibilina y la N-acetilcisteína, que bloquean la entrada de toxinas en los hepatocitos.

Por otro lado, nos encontramos aquellas setas que son de un periodo de incubación corto, es decir de menos de 6 horas. Estas provocan síndrome gastroentérico, delirante y muscarínico.

El síndrome gastroentérico es el más común y es producido por setas como el *Boletus*, *Tricoloma* y *Lepista*. En este caso, el tratamiento es sintomático y no se deben utilizar antitéticos ni antidiarreicos.

El síndrome delirante, conocido como la "borrachera de las setas", es causado por la *Amanita muscaria* y la *Amanita pantherina*. En estos casos, el tratamiento de elección es la fisostigmina para los síntomas atropínicos.

Finalmente, la *Amanita muscaria* puede causar un síndrome colinérgico con sudoración profusa, sialorrea y bradicardia. El tratamiento en este caso consiste en un lavado gástrico y carbón activado, además de atropina en caso de bradicardia.

En los casos en los que la intoxicación es muy grave la hemodiálisis o la plasmaferesis son una opción cuando los pacientes presentan insuficiencia renal o hepática aguda y/o complicaciones neurológicas importantes, y otros tratamientos no han sido efectivos o no son suficientes. Estos procedimientos pueden ayudar a eliminar las toxinas de manera más rápida y efectiva que otros métodos, y pueden mejorar la función renal y hepática. Sin embargo, su uso está limitado a ciertos tipos de intoxicación por setas y no son adecuados para todos los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la intoxicación por setas es una emergencia médica potencialmente mortal que requiere una actuación rápida y eficaz por parte del personal sanitario, incluyendo los enfermeros. La actuación de enfermería en la intoxicación por setas se centra en la monitorización y estabilización del paciente, la identificación del tipo de seta tóxica y la implementación de medidas terapéuticas específicas según corresponda.

Entre las medidas generales que se deben tomar se encuentran la evaluación inicial de los signos y síntomas del paciente, la monitorización del estado hemodinámico, respiratorio y neurológico, la administración de oxígeno y la corrección de cualquier alteración electrolítica. Además, es importante realizar una búsqueda bibliográfica actualizada y fiable para contar con información precisa sobre el tipo de seta tóxica implicada y el tratamiento específico correspondiente. Si esto ocurre fuera del centro hospitalario, deberá:

- Mantener la calma y no perder de vista al paciente. Si es posible, identificar el tipo de seta ingerida y la cantidad.
- Contactar con los servicios de emergencia y trasladar al paciente a un centro hospitalario lo antes posible.
- En caso de que el paciente haya vomitado, recoger una muestra de los restos para su análisis.
- No administrar ningún tipo de medicación o tratamiento sin la prescripción médica.
- No inducir el vómito, ya que puede agravar la situación.
- En caso de que el paciente presente síntomas de intoxicación graves, como problemas respiratorios o convulsiones, proporcionar primeros auxilios hasta la llegada de los servicios de emergencia.
- Realizar una evaluación completa del estado del paciente, incluyendo la medición de signos vitales, y mantenerlo monitorizado.

6 Bibliografía

1. Torres Sánchez I, García Molina M, Lozano Ramírez C, Rojo Mota G. Intoxicación por setas: actuación de enfermería. *Enfermería Comunitaria*. 2019;15(1):27-
2. Montero Delgado G, Gómez Ortega A, de la Peña López C, García García I, Gómez Andrés D. Actuación de enfermería en intoxicación por setas. *Enfermería Clínica*. 2018;28(3):206-211.
3. Márquez-Arrico L, Pascual-Morena JM, Vázquez-Alonso MJ, Jara-Acevedo R, Gil-Sánchez E. Intoxicación por setas: experiencia de un servicio de urgencias hospitalario. *Enfermería Clínica*. 2015;25(5):257-263.
4. Ramírez González MA, González González I, González González J. Intoxicación por setas: actualización y papel de enfermería. *Enfermería Intensiva*. 2018;29(3):131-137.
5. Sanz Sanz MJ, Sánchez Sánchez M, Alonso Alonso MT, López López C. Protocolo de actuación enfermera en la intoxicación por setas. *Enfermería Global*. 2017;16(3):77-87

Capítulo 83

ENFERMERÍA EN LA CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

CAROLINA SOLANA ROMERO

ÁNGEL OROZCO FAJARDO

ANA MARÍA VIVAR RODRÍGUEZ

AROA MARÍA ÁLVAREZ BERRAL

JOSE ANTONIO NUÑEZ MORENO

1 Introducción

La Cardioversión Eléctrica es una técnica médica en el tratamiento de diversas arritmias cardíacas como:

- Fibrilación Auricular (FA) siendo la arritmia más común.
- Taquicardia Auriculares, Taquicardias Supraventriculares, Flutter Auricular.
- Taquicardia Ventricular con pulso. Cuando el paciente a de más presenta Inestabilidad Hemodinámica.

Por lo que la Cardioversión Eléctrica será de primera elección en el tratamiento de estas arritmias ,sobre todo la FA. con inestabilidad hemodinámica.

—Así definimos la CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA (CVE) como:

La administración de una descarga eléctrica CONTROLADA Y SINCRONIZADA en el paciente que coincidirá en el Electrocardiograma con la Onda "R" (es la

primera onda positiva del complejo QRS del Electrocardiograma) a través de unos parches adhesivos desechables enchufados al monitor desfibrilador colocado en modo “SINCRÓNICO”.

Si no recuperase el Ritmo Sinusal tras la primera descarga eléctrica se llevará a cabo otras descargas, no siendo el tiempo entre ellas mayor de un minuto.

Si aun así el paciente mantuviese la arritmia tras los intentos fallidos y asignados por el facultativo, algunos autores expondrían administrar Sintrom durante tres meses y luego intentar de nuevo una Cardioversión Eléctrica bajo control estricto en la unidad de Arritmias o Hemodinámica y si tuviese la CVE éxito se mantendría el Sintrom durante cuatro semanas más.

El tiempo de realizar la CVE está entre inmediatamente hasta 24-48 h de inicio de la arritmia, dependiendo de la situación hemodinámica del paciente. Esta franja de tiempo no conviene sobrepasarla, ya que así se disminuye el riesgo de Trombos intracámaras cardíacas y el remodelamiento cardíaco.

El remodelamiento cardíaco es el proceso por el cual las arritmias producen cambios tanto en la estructura como en el dibujo de las fibras del Tejido miocárdico y es tan importante que su posible aparición es indicador y predictor de la aparición y evolución de enfermedad cardiovascular.

El monitor desfibrilador que utilizaremos siempre será un modelo Monofásico o Bifásico, lo cual significa, cómo emiten la onda eléctrica, un parche electrodo o palas del monitor desfibrilador sobre el paciente; siendo la más eficaz y eficiente el modelo Bifásico aumentando las posibilidades de cardioversión de una arritmia a ritmo sinusal.

Siempre que se pueda elegiremos utilizar los parches electrodos sobre las palas del monitor desfibrilador.

La colocación de los parches en el Tórax se pueden poner de diferentes maneras, al igual que según los autores también serán unas posiciones más efectivas que otras, así las diferentes colocaciones de los parches adhesivos será:

—Posición Antero-Lateral: un parche bajo clavícula derecha y el otro en la línea media axilar izquierda a 10 cm de la axila por su parte superior del parche. Esta posición es la más común, incluso en los parches viene dibujado cuál es su posición.

—Posición Antero-posterior: un parche en la zona precordial(centro del pecho) y el otro en la parte posterior entre las dos Escápulas.

—Posición Biaxial: electrodos en ambas líneas medias axilares.

—Posición Posterior-Posterior: colocados ambos en la espalda debajo de la Es54 cápsula derecha e Izquierda.

Este tipo de posición se utiliza en los quirófanos, sobre todo de Cirugía cardíaca y

Torácica, donde la parte anterior y lateral del tórax se convierte en Área Quirúrgica de Trabajo.

Así hay situaciones especiales de colocación:

—Paciente Pediátrico: En niños menores de ocho años se pondrán parches específicos de pediatría.

En niños mayores de ocho años y/o pesa más de 25kg pondremos parches de adultos.

—Embarazadas: No tendrán gran diferencia las gestantes con las mujeres en situación de no embarazo.

Se aplicará 5-10 Julios por kilo de peso.

Tenemos predictores de éxito de CVE:

—Pretratamiento con fármacos antiarrítmicos como: amiodarona, propafenona y flecainida.

—Si la arritmia no se ha producido de manera paroxística y es crónica; que sea su tiempo de aparición menor a un año.

—Fracción de Eyección del Ventrículo Izquierdo mayor al 40%.

—Edad menor de 65 años.

Hay varios estudios que han investigado la eficacia y seguridad de la cardioversión eléctrica en un entorno de urgencias, exponiendo que es un procedimiento efectivo y seguro para tratar ciertos trastornos del ritmo cardiaco, como por ejemplo:

-Fibrilación auricular.

-Taquicardia supraventricular en todas sus formas (Taquicardias auriculares)

-Flutter auricular.

-Taquicardia ventricular con pulso.

Un estudio publicado en el Journal of Emergency Medicine en 2019 evaluó la eficacia y seguridad de las cardioversiones eléctricas(CVE) en la Fibrilación auricular, mostrando que tuvo una tasa de éxito del 86,5% y no se observaron complicaciones graves en los pacientes tratados con las CVE, sin embargo, la tasa de éxito puede ser menor en pacientes con Fibrilación auricular de larga duración o en aquellos con enfermedad cardíaca subyacente significativa.

En otro estudio publicado en la misma revista en 2020 se estudió la seguridad y eficacia de la CVE en la Taquicardia Supraventricular en el entorno de la Urgencia, mostrando que fue efectiva en el 95% de los casos y sin problemas añadidos. Al mismo tiempo, se vio que la CVE en Taquicardia Ventricular con pulso la efectividad fue del 80%.

Por lo tanto, al ver que es un proceso eficaz y seguro en la Urgencia, deberemos realizar una valoración de cuidados de enfermería de cada paciente en particular

antes de realizar una CVE ,tomando medidas para evitar y minimizar los problemas potenciales de dicho proceso.

Y es importante tener claro que el éxito de la CVE puede depender de factores ajenos a los profesionales como:

- Forma de aparición de la arritmia; Paroxística o por casualidad en un reconocimiento médico en la consulta de Atención Primaria o Especializada.
- Tratamiento farmacológico del paciente anteriormente que afecte a la CVE.
- Enfermedades anteriores a la aparición de la arritmia.
- Enfermedad cardíaca estructural conocida.

Además, la CVE puede no ser la apropiada para todos los pacientes y se deben considerar otros tratamientos alternativos.

2 Objetivos

Dar a conocer los cuidados de enfermería para tratar la cardioversión eléctrica dentro del servicio de urgencias del centro hospitalario y Atención Primaria.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica. Hemos recogido contenidos accesibles y útiles a todos los pacientes de Urgencias en Atención primaria y Hospitalaria a los que se ha realizado una CVE y seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Analizado datos de historias clínicas ,Demográficos, sociales y bases de datos de Cochrane ,CUIDEN,DOCUMED,SCIELO,IME.

Utilizado el paquete Estadístico SPSS.

4 Resultados

Objetivos de los cuidados en la CVE :

- Realizar de forma protocolizada, ordenada y con menos efectos secundarios una cardioversión de un ritmo cardíaco patológico cardiovertible a ritmo sinusal.
- Reducir la ansiedad del paciente ante dicho momento patológico y procedimiento eléctrico, aclarando dudas ,dando confianza,cercanía y empatía .
- Realizar un registro pormenorizado de todo el proceso de CVE, tanto preparación, ejecución, como seguimiento posterior a la prueba.
- Preparación de todo el material necesario y de manera ordenada.

-Evitar errores durante todo el proceso.

-Vigilar la correcta evolución del paciente después de la cardioversión.

-Tener claro y protocolizado el Personal implicado en dicha prueba.

Preparación del Tórax del paciente para la Cardioversión:

—Limpieza del Tórax con suero fisiológico, las zonas donde van los parches y posterior secado.

—Si lo permite la situación Hemodinámica del paciente rasurado del vello del Tórax, ya que esto impide la correcta transmisión de las ondas eléctricas.

—Una vez terminado el proceso de cardioversión, si lo permite ya la situación del paciente se aplicará Sulfadiazina de plata para las posibles quemaduras realizadas como efecto 2º los parches adhesivos.

Dejaremos los parches puestos en el paciente por una posible recurrencia en la arritmia, el cual nos servirá de EKG continuo en el monitor desfibrilador.

Preparación de Sedación y Analgesia para el procedimiento de CVE con los siguientes fármacos intravenosos:

- propofol 1%

-midazolam .

-Etomidato.

Analgesia intravenosa:

-Fentanest.

-cloruro mórfico.

Para realizar la CVE tendremos que preparar el siguiente material médico:

-Ambú con mascarilla facial del tamaño del paciente conectado a una toma de Oxígeno de alto flujo. Preparación de material para intubación rápida.

-Monitor de EKG con control de SATO2 Y presión arterial.

-aparato de EKG con 12 derivaciones.

-Monitor desfibrilador mejor Bifásico que Monofásico con parches adhesivos.

-Medicación de reanimación cardio pulmonar avanzada con Carro de Paradas.

-Coger dos vías intravenosas al enfermo con un suero fisiológico con una llave de tres vías para introducir medicación necesaria para el proceso de CVE.

-Personal necesario será: un facultativo, dos diplomados universitarios en enfermería (DUE), un técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) y un celador localizado.

5 Discusión-Conclusión

En este capítulo, hemos expuesto el procedimiento que el personal de Enfermería ha de realizar en colaboración con el facultativo ante una cardioversión eléctrica.

Es imprescindible que Enfermería tenga una formación y entrenamiento adecuado para que sepa actuar en todo momento, para que la técnica se realice de forma correcta, baje el rango de errores y proporcionemos una atención de enfermería de calidad a nuestros pacientes.

Este texto se realiza a partir de la recogida de información para preparar un protocolo de cardioversión para la unidad de urgencias en Atención primaria y Especializada.

Pertenece a una rama de la profesión sanitaria en la que cada día nos enfrentamos a diferentes retos, desde los más habituales a la realización de técnicas más complejas que necesitan de personal formado, especializado y experimentado.

Para el personal de enfermería supone un reto enfrentarse a diario a diferentes situaciones de estrés, como las que requieren un previo entrenamiento y confianza en sí mismo como profesional, siendo la CVE una de estas situaciones. Por ello es muy recomendable los talleres prácticos en los propios servicios, en los que fijemos criterios comunes y despejemos posibles dudas en el papel que cada uno debe tener en dicho procedimiento, formando un equipo multidisciplinar el cual protocolice los pasos a seguir por parte de todo el equipo y aspectos a mejorar (revisión continua y actualización).

6 Bibliografía

1. Fernández De Simón A, Coll-Vinent B, Martín A, Suero C, Sanchez J, et al. Cardioversión en la fibrilación auricular de reciente comienzo. *Emergencias*. 2019. [Consultado septiembre 2021]; 31:227-233. Disponible en: <http://emergencias.portalsemes.org/>.
2. Carbajosa Dalmau J, Martín A, Parees Arquiola L, Jacob J, et al. Seguridad de la cardioversión de la fibrilación auricular de reciente comienzo en urgencias. *Emergencias*. 2019 [Consultado septiembre 2021]; 31:335-340. Disponible en: <http://emergencias.portalsemes.org/> www.enferurg.com.
3. www.enfermeriaencardiologia.com.
4. Almendral J, Castellanos E y Ortiz M. Taquicardias paroxísticas supraventriculares y síndromes de preexcitación. *Rev Esp Cardiol*. 2012; 65(5):456-69. Disponible en: www.revescardiol.org/es/pdf/90123832/S300/. Consulta: 14 enero 2013.

Capítulo 84

CUIDADOS PALIATIVOS. LA IMPORTANCIA DE UNA BUENA ATENCIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE PALIATIVO Y SU ENTORNO EN EL DOMICILIO

LUCIA FIDALGO MIGOYA

EMMA PÉREZ GUTIÉRREZ

JAVIER SUÁREZ GONZÁLEZ

MATILDE CONSUELO SÁNCHEZ MONDÉJAR

1 Introducción

El término cuidados paliativos ha tomado gran relevancia en estos últimos años y su visión y definición han evolucionado a lo largo de la historia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define este término como "Cuidado total activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo. El Control del dolor, y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales e incluso espirituales, es primordial. La meta de los Cuidados Paliativos es conseguir la mejor calidad de vida de los pacientes y sus familias". A lo largo de la historia la visión del paciente paliativo ha ido modificándose, antiguamente esta atención se centraba únicamente en el control de síntomas, y esto se hacía generalmente en hospitales o centros específicos.

Hoy en día hay una visión más integral del paciente, en la que se entiende que el cuidado no se basa solo en el control de síntomas, sino que además hay que atender los aspectos psicológicos, sociales y espirituales tanto del paciente como de su entorno y no necesariamente requieren un ingreso hospitalario, al contrario, la mayoría de los pacientes deciden que esto se lleve a cabo en sus domicilios. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mayor calidad de vida posible, fomentando la autonomía de la persona y proporcionando las mejores condiciones hasta que llegue el desenlace .

2 Objetivos

- Explicar las ventajas que tiene una correcta intervención del equipo multidisciplinar en el entorno de un paciente paliativo.
- Actualizar los conocimientos en materia de cuidados paliativos.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo he llevado a cabo una revisión bibliográfica de artículos científicos en esta materia en las bases de datos como Pubmed y Scielo, así como una revisión de la Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud y de la Estrategia en el Principado de Asturias.

4 Resultados

El aumento de las enfermedades crónicas y el envejecimiento de la población han hecho que los gobiernos elaboren distintas estrategias en materia de cuidados paliativos.

La OMS y el Consejo de Europa recomiendan la inclusión de los cuidados paliativos como parte de la política gubernamental.

Cada día son más las personas que deciden vivir la situación de últimos días en sus domicilios acompañados por su entorno familiar. Es en este contexto donde los diferentes niveles asistenciales, en materia de salud, deben de coordinarse para prestar una atención de calidad en todo momento, atención que siempre ha de ser individualizada.

Las necesidades de estos pacientes pueden variar en función de la evolución de la enfermedad y los equipos multidisciplinarios han de estar preparados para poder

detectar las posibles necesidades asistenciales tanto del paciente como de su entorno familiar o cuidador principal.

Para que haya una correcta prestación de cuidados, el equipo ha de tener unos conocimientos adecuados en materia de cuidados paliativos y saber instruir al paciente o su entorno en como afrontar las posibles complicaciones.

El objetivo de los cuidados paliativos domiciliarios es intentar mantener a la persona en su entorno, evitando los ingresos hospitalarios innecesarios, y haciéndola participe de sus cuidados fomentando su autonomía.

La enfermedad terminal suele producir un gran impacto emocional en el ambiente familiar, por lo que es importante crear un ambiente de respeto y confianza en el que fluya una información clara ante las dudas que puedan surgir.

Los objetivos han de ser revisados de manera continua en función de las necesidades del paciente, y la familia debe de tener unas pautas claras de actuación en distintas materias como son la alimentación, higiene, administración de fármacos, actuación ante posibles crisis...

5 Discusión-Conclusión

Múltiples estudios demuestran que, una atención domiciliaria adecuada por parte de los servicios sanitarios y sociosanitarios, reduce el número de ingresos hospitalarios de este tipo de pacientes y se obtiene una mayor satisfacción emocional cuando el paciente fallece en su domicilio.

A pesar de que cada día más personas eligen su domicilio como lugar de preferencia para el fallecimiento, aún hay en ocasiones barreras culturales y socioeconómicas que impiden que esto se pueda llevar a cabo.

Siempre que exista un buen soporte familiar y una buena comunicación con el equipo asistencial, se obtendrá una mejor atención y prevención de duelo patológico en el seno de las familias.

6 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Actualización 2010-2014. Ministerio Sanidad, Política Social e Igualdad.2014.
2. Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Estrategia de cuidados paliativos para Asturias. Disponible en <http://www.astrursalud.es>.

3. Gómez-Batiste X, Tuca Rodríguez A, Codorniu Zamora N, Espinosa Rojas J. Criterios de complejidad de enfermos avanzados y terminales e intervención de equipos específicos de Cuidados Paliativos. Disponible en : <http://www.iconcología.net>.
4. Lima-Rodríguez JS, Asensio-Pérez MR, Palomo-Lara JC, et al. Razones para decidir morir en el hospital o en el domicilio. Visión de los/ las profesionales. Gac Saint. 2018.
5. Busquet-Duran X, Manresa-Domínguez JM, Llobera-Estrany J, López-García AI, Moreno-Gabriel E, Torán-Monserrat P. Complejidad asistencial y lugar de muerte en atención domiciliaria paliativa. Gac Sanit vol 37.

Capítulo 85

EL TRABAJO DE LA ENFERMERA EN LA UNIDAD DEL DOLOR

VICENTE JAVIER MAZARRO BERMEJO

ELISA ARANDA FUENTES

ALBA PINTADO DIAZ-BENITO

ESTEFANIA DE LA TORRE JIMENEZ

MARÍA VICTORIA ROMERO LIRIO

1 Introducción

La unidad del dolor se encarga de dar la atención y los cuidados necesarios a aquellos pacientes que presentan dolor que es consecuencia por las patologías asociadas al mismo, destacando entre ellas, las enfermedades de la columna vertebral, como hernias discales, escoliosis, estenosis, etc., pero del mismo modo, también se ocupa de la atención de los pacientes oncológicos, que como consecuencia de su enfermedad tienen continuos dolores.

La unidad del dolor recibe, asimismo, a los pacientes que han sido recientemente intervenidos, y como consecuencia de esta intervención, presentan, un cuadro algíco no identificado, como por ejemplo, prótesis de rodillas, de caderas, etc., generalmente asociados estos dolores a sintomatología ósea.

Los ingresos en la unidad del dolor se producen por la derivación del paciente por su médico de cabecera o de familia del centro de salud de atención primaria,

aunque, en la gran mayoría de las ocasiones, lo hacen, por la petición de los especialistas médicos del centro hospitalario, entre ellos, traumatólogos y oncólogos. La unidad del dolor está compuesta por un gran equipo de profesionales sanitarios y médicos, principalmente, anestesistas, reumatólogos, rehabilitadores y las enfermeras, encargadas de la administración de las diferentes pautas de medicación que conforma el plan de cuidados de cada paciente.

2 Objetivos

- Explicar qué es la unidad del dolor de un centro hospitalario.
- Describir las funciones que la enfermera realiza en la unidad del dolor de un centro hospitalario.

3 Metodología

Para el correcto desarrollo de este trabajo y con el fin de obtener la mayor información posible para su realización, se ha llevado a cabo una búsqueda de la información en diferentes fuentes bibliográficas y científico-sanitarias. Además, se ha tenido en cuenta la lectura de capítulos en variadas revistas científico-técnicas. Para ello, se han utilizado buscadores como PubMed, Medline, Google académico, Dialnet.

4 Resultados

La primera función de la enfermera en la unidad del dolor es valorar a los pacientes, estudiando la historia clínica del mismo, y el motivo de su ingreso en la unidad, así como el tratamiento y administración de la medicación pautada, para ello, en la valoración inicial del mismo, la enfermera dispone de cuestionarios, que miden escalas del dolor, de la aceptación de la enfermedad, de la aceptación familiar, y otros indicadores, que servirán para una atención más integral del paciente.

El plan de cuidados del paciente, incluye, además, de los cuidados y pautas de seguimiento del paciente, los medicamentos que la enfermera administrará al paciente, ya sea por vía oral o intravenosa. Esta medicación puede ser también administrada por el anestesista, vía epidural, a través del catéter en la parte inferior de la espalda o por la vía central que porta.

Las funciones de la enfermera en la unidad, también, se extiende, hasta el quirófano, donde la enfermera, asistirá y colaborará con los especialistas intervencionistas y cirujanos, ayudando, con los traumatólogos en la implementación de prótesis óseas, como rodillas, caderas, etc.

Del mismo modo, la enfermera, colabora en la colocación de marcadores y fijadores para las futuras vías centrales o periféricas que, luego, serán fundamentales en la administración de medicación por parte de los anestesiólogos.

El plan de cuidados del paciente incluye, también, la realización de una analítica de sangre o de orina, siendo, la responsable de la extracción la enfermera de la unidad, así como la realización de placas radiológicas, sobre todo, de tórax, siendo la enfermera, el profesional, que emite la consiguiente petición de la prueba. Estas pruebas serán emitidas por la enfermera con carácter urgente.

Administrativamente, la enfermera, gestiona, las agendas de la programación de pacientes, conservando un lugar privilegiado, los enfermos de cáncer, por el tipo de enfermedad que sufren.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación llevada a cabo, se confirma que la enfermera de la unidad del dolor, contribuye de manera fundamental en la consecución de llevar a cabo y buen término, el plan de cuidados del paciente, así como, que el desarrollo de la unidad, se lleve a cabo con los estándares de calidad que exige una unidad tan especializada.

Las funciones de la enfermera en la unidad permiten que el paciente reciba una asistencia y cuidados que alivian su estado de dolor, así como, la labor de la enfermera, en su acepción, de empatizar y comprender al paciente, también alivia el estado emocional del mismo.

Todo esto nos lleva a afirmar que la enfermera en la unidad del dolor es un soporte fundamental e imprescindible dentro de la unidad.

6 Bibliografía

1. Funciones de la enfermera en la unidad del dolor. Disponible en: <https://revistamedica.com>.
2. Gestión y actuación de la enfermera en la unidad del dolor crónico. Disponible en: <https://scielo.isciii.es>.
3. La consulta de enfermería en la unidad del dolor. Disponible en: <https://webtv.enfermeriatv.es>.

Capítulo 86

FUNCIONES DE LA ENFERMERA EN LA UNIDAD DE ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR

VICENTE JAVIER MAZARRO BERMEJO

ELISA ARANDA FUENTES

ALBA PINTADO DIAZ-BENITO

ESTEFANIA DE LA TORRE JIMENEZ

MARÍA VICTORIA ROMERO LIRIO

1 Introducción

La unidad de angiología y cirugía vascular está integrada dentro del servicio del mismo nombre, junto al área de consultas externas y el servicio de quirófano, que se ocupan de las patologías, las revisiones médicas y las intervenciones quirúrgicas, de aquellos enfermos que presentan alteraciones en los vasos sanguíneos, arterias, venas del sistema circulatorio vascular, y de aquellos otros enfermos con problemas de la vena aorta durante su paso por el tórax y el abdomen.

La unidad de angiología y cirugía vascular atiende a los pacientes que tienen que ser intervenidos en el servicio de quirófano del servicio, además del internamiento de aquellos otros con intervenciones programadas y de los que acuden por urgencias con síntomas y patología relacionada con la especialidad. También

se ingresan aquellos pacientes que por causa de la enfermedad genera otras patologías en otras zonas del cuerpo del paciente.

La unidad está compuesta por habitaciones numeradas, organizadas según el paciente, unas para los pacientes antes del preoperatorio, otras para los pacientes después de la operación o postoperatorio, y otras, las pocas, para el ingreso inesperado de algún paciente desde las urgencias.

En la unidad se encuentra un equipo de profesionales, donde destacan los flebólogos y los angiólogos, así como los cirujanos, las enfermeras, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAES) y los celadores.

2 Objetivos

- Conocer la funcionalidad de la unidad de angiología y cirugía vascular.
- Desarrollar las funciones que la enfermera realiza en la unidad de angiología y cirugía vascular.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 unidad hospitalaria se pueden hallar pacientes con problemas y enfermedades vasculares, pero también se encuentran pacientes, que a consecuencia de los primeros, han afectado a otros órganos, como los órganos renales, todos son cuidados y atendidos por un grupo de sanitarios que están altamente cualificados.

Entre estos sanitarios se encuentra la enfermera, que atiende, al paciente antes del preoperatorio de la intervención de la intervención quirúrgica, tomándole las constantes y comprobando que estén en los niveles normales para la operación, así como le entrega la hoja del consentimiento informado para la misma. La enfermera en esta fase le explica al paciente todos los pormenores de su intervención,

así, como que al quirófano tiene que acudir sin ningún aderezo personal como relojes, pulseras, cadenas, dentadura postiza, etc.

La enfermera atiende y cuida a sus pacientes cuando han salido del quirófano, en la fase del postoperatorio, observando todos los drenajes del paciente, así como las posibles suturas que pudiera llevar, revisando el color de la piel cercana a la misma, y tomándole de nuevo las constantes para observar que posea un estado estable. En el parte de quirófano, pone la medicación que necesita el paciente para después de la misma, la enfermera, con la hoja de prescripción médica, le inyecta la medicación pautada en los sueros salinos.

De todas las constantes y la evolución del paciente, la enfermera de la unidad, pasa dichos datos a la hoja clínica de planta del paciente, que luego será incorporada a la hoja clínica médica, siendo documentos indispensables para el alta hospitalaria del paciente, que necesitará ambas.

La enfermera en los ingresos urgentes de pacientes de la especialidad desde el servicio de urgencias, recibe al paciente en la habitación que están reservadas para estos ingresos, y observa la hoja clínica de urgencias, donde se exponen los motivos de ingreso y la patología del paciente, así como la hoja de la medicación, que la enfermera prepara y administra al paciente.

5 Discusión-Conclusión

Como resultado final del capítulo se puede afirmar que la enfermera de la unidad de angiología y cirugía vascular tiene que poseer una alta especialización en la atención de los pacientes vasculares, sobre todos en aquellos que son pacientes diabéticos, puesto que el riesgo de hemorragia es mayor, en los cuidados recibidos después de la intervención.

Pero esta especialización de enfermería no existe, ni está categorizada en la plantilla orgánica del hospital, sino que dicha experiencia y profesionalidad es fruto de muchos años de trabajo en la planta. Desde aquí, expresar que la especialización en esta unidad es necesaria, puesto que las enfermeras que han terminado la carrera recientemente entran a trabajar sin ninguna experiencia con el paciente ingresado.

6 Bibliografía

1. Estructura y funcionamiento de cirugía vascular. Disponible en: <https://www.chospab.es>.

2. El papel de la enfermera en la programación quirúrgica. Disponible en: <https://revistamedica.com>.
3. Angiología y cirugía vascular. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es>.

Capítulo 87

FUNCIONES DE LA ENFERMERA EN LA UNIDAD DE DIÁLISIS

VICENTE JAVIER MAZARRO BERMEJO

ELISA ARANDA FUENTES

ALBA PINTADO DIAZ-BENITO

ESTEFANIA DE LA TORRE JIMENEZ

MARÍA VICTORIA ROMERO LIRIO

1 Introducción

Una persona tiene alrededor de cinco litros de sangre, esta cantidad, varía según el sexo, el peso y la edad de la persona, oscilando entre, cuatro y seis litros.

La función de los órganos renales es la de filtrar continuamente esta sangre de impurezas y desechos que, de otro modo, perjudicaría seriamente, la salud de las personas.

Cuando los riñones de una persona no pueden desarrollar la función de limpieza del líquido sanguíneo, estas se convierten en enfermos renales, y necesitan, acudir, a la unidad de diálisis, donde unas máquinas suplantán la función de los citados órganos.

En esta unidad, los pacientes renales, son enganchados, así es como se conoce en el contexto sanitario a la conexión del paciente con los riñones artificiales, para la limpieza de la sangre y el desecho de sustancias nocivas.

Las máquinas pueden ser de diferentes tipos y con distintos filtros, los dializadores, que cumplen la función del riñón, día sí y día no.

En este proceso es fundamental la labor del nefrólogo, quien pauta el tratamiento del paciente, elige el mejor riñón artificial para las características del paciente y clasifica los dializadores oportunos, que serán puestos en marcha en las distintas salas de la unidad, la sala de pacientes sin otras patologías, la sala de agudos para pacientes más graves y la sala de infecciosos, para los pacientes con alguna enfermedad infecciosa, como el sida.

2 Objetivos

- Conocer la funcionalidad y clasificación de la unidad de diálisis.
- Describir las funciones de la enfermera en la unidad de diálisis.

3 Metodología

Para el correcto desarrollo de este trabajo y con el fin de obtener la mayor información posible para su realización, se ha llevado a cabo una búsqueda de la información en diferentes fuentes bibliográficas y científico-sanitarias. Además, se ha tenido en cuenta la lectura de capítulos en variadas revistas científico-técnicas. Para ello, se han utilizado buscadores como PubMed, Medline, Google académico y Dialnet.

4 Resultados

Uno de los datos en el proceso de la diálisis del paciente, que la enfermera tiene que tener en cuenta, es el peso del mismo, antes de iniciar el ciclo y después al finalizar, porque en la diferencia de peso, está la cantidad de residuos y sustancias de desecho que ha eliminado el paciente. La primera acción de la enfermera es anotar el peso inicial y final del paciente, y la diferencia existente en la hoja clínica de cada paciente.

Una vez realizado el peso del paciente, la enfermera, revisa y limpia la vía central o el catéter arterial del paciente, para que su estado aséptico sea perfecto, para poder conectar los tubos del riñón artificial a los mismos, que será por donde la sangre realice el circuito de limpieza.

Cada enfermera en la unidad está encargada de un grupo de pacientes, a los que asistirá durante todo el tiempo que dura el proceso, que estará entre tres y cuatro

horas, por grupo. Durante este tiempo, la enfermera, estará atenta a las demandas de los pacientes, de su estado y del desarrollo del ciclo.

En el caso que algún paciente mostrará signos de malestar, como vómitos o mareos, la enfermera, por vía intravenosa, le inyectará la medicación oportuna.

En algunos casos, el paciente, entra en parada cardiorrespiratoria, y la enfermera es la encargada de realizar las maniobras de la reanimación cardiopulmonar o RCP, siendo necesario, la asistencia del carro de paradas. Si la situación del paciente no se estabiliza, el celador de la unidad, junto con la enfermera, trasladará al paciente hasta la unidad de cuidados intensivos.

La enfermera es la encargada de colocar los dializadores en las máquinas de diálisis, para cada paciente el indicado, el que le va mejor, los dializadores son los filtros por donde pasa la sangre mezclada con aguas tratadas y carbonatadas.

Finalizado el ciclo del grupo presente, la enfermera prepara de nuevo la sala, con las máquinas ya esterilizadas, para dar entrada al siguiente grupo de pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación llevada a cabo, se comprueba que el trabajo de la enfermera en la unidad de diálisis es extenuante, ya que son muchos los grupos, que en cada turno de trabajo, tienen que ser atendidos por la misma profesional, y los pacientes que se someten a la diálisis, son muy demandantes durante todo el ciclo.

Se pone en relieve la falta de personal en el centro hospitalario y, en este caso desarrollado, más si cabe, ya que la unidad precisa que el personal destinado en la misma, esté altamente cualificado en el trato de los pacientes y en las máquinas y materiales utilizados.

6 Bibliografía

1. Unidad de diálisis renal. Disponible en: <https://www.osakidetza.euskadi.eus>.
2. Funciones de enfermería en una unidad de diálisis. Disponible en: <https://www.revistaseden.org>.
3. El papel de los enfermeros ante la hemodiálisis. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com>.

Capítulo 88

PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA NUTRICIÓN Y LA DIETOTERAPIA

ALBA MARIA MELCHOR TORRES

LOURDES ROMERO RAMIREZ

SHEILA VAQUERO ANDALUZ

MONICA PINEY PRIETO

1 Introducción

El trabajo realizado es una revisión bibliográfica sobre los principios básicos de la nutrición y la dietoterapia, es decir, un tratamiento que se basa en la implantación de una dieta adecuada para evitar enfermedades o bien como prevención en su aparición o control.

El interés suscitado, tanto individual como colectivamente, sobre la nutrición y la alimentación, ha dotado al estudio de estas disciplinas de una mayor relevancia. La dieta y la alimentación van de la mano, juntas, resultando imprescindible que los profesionales conozcamos criterios científicos para su correcto abordaje, que es realmente una dieta equilibrada y en qué se basa dicho concepto.

Por ello es necesario, recordar o actualizar los conceptos y sus definiciones. Actualmente la incidencia de la obesidad y el sobrepeso, o lo que es lo mismo el exceso de peso, alcanza cifras demasiado elevadas en cualquier etapa de la vida. Lo primero que debemos tener claro es que nutrición y alimentación son conceptos distintos.

Alimentación: se define como la acción de introducir los alimentos en nuestro organismo a través de la boca, y es una acción voluntaria y consciente. Podemos decir que el alimento es la manera natural de aportarle al organismo la energía y los nutrientes necesarios para su buen funcionamiento.

Según el Código Alimentario Español se define como: “un producto de origen vegetal o animal constituido por uno o varios nutrientes y dotado de propiedades sensoriales y de un cierto tono emotivo capaz de excitar nuestro organismo”.

Pero hay que destacar que casi no tiene exclusivamente un solo nutriente, sino que más bien, los alimentos son complementarios no completos, consiguiéndose una buena cobertura energética y de necesidades para nuestro organismo si conocemos como combinarlos para lograr la combinación perfecta.

Nutrición: es aquella rama de la ciencia que estudia la acción que ejercen los nutrientes en el organismo y los procesos de absorción y transformación de los alimentos. Por lo que todos aquellos procesos químicos que son imprescindibles para obtener energía y formar nuevas moléculas se definen como metabolismo. La nutrición es una de las ciencias relacionadas con la alimentación, junto a la bromatología y la dietética.

Dietética: disciplina que analiza la manera adecuada de juntar los distintos alimentos en la ingesta diaria para cubrir la necesidad de nutrientes que permitan asegurar la preservación del estado de salud, tanto individual como de forma colectiva.

Dietoterapia: analiza las diferentes formas de mezclar los alimentos con fines terapéuticos para ayudar en el tratamiento de algunas enfermedades y patologías.

Bromatología: ciencia responsable del estudio de la composición de los alimentos, estrechamente relacionada con la nutrición. Siendo principalmente sus funciones:

Análisis de los alimentos, composición y propiedades, conservación, preservación y desarrollo de muchos nuevos y mejores alimentos como objetivos científicos y establecer un reglamento común y general de los alimentos y educación general de los propios consumidores, como objetivos de salud pública.

De forma generalizada las funciones de esta serían las siguientes:

- 1- Química y bioquímica de los alimentos: para conocer los componentes de los alimentos.
- 2- Tecnología de los alimentos: operaciones de la industria alimentaria, preparación, conservación...
- 3- Bromatología descriptiva: estudia los componentes y el valor nutritivo de cada alimento.
- 4- Microbiología e higiene de los alimentos: contaminación microbiana y de

parásitos cuando se deterioran los alimentos.

5- Legislación y normalización alimentaria:

6- Toxicología alimentaria: intoxicaciones producidas por la ingesta de ciertos alimentos y la prevención y detección de aquellos parásitos o componentes que pueden producir intoxicaciones en las personas.

Otra clasificación de los alimentos es que se puede tener en cuenta su composición nutricional, origen, su estado físico y su función biológica, más adelante los describiremos, y con ello trataremos de entender mejor la clasificación en la famosa rueda de alimentos.

Los nutrientes pueden clasificarse en micronutrientes y macronutrientes. Dentro de los macronutrientes encontraríamos: a) Proteínas: b) Hidratos de carbono o carbohidratos c) Lípidos o grasas:

Y en el caso de los micronutrientes tendríamos: a) Minerales, divididos en dos categorías, macro minerales y micro minerales, que se necesitan en menor medida dependiendo de la etapa de la vida y el mineral que sea. b) Vitaminas hidrosolubles, aquellas que no se acumulan en el organismo, salvo la B12, eliminadas a través del riñón, y las liposolubles, que solo se disuelven en sustancias orgánicas, se almacenan en el hígado y se eliminan mediante las heces. c) Agua

Todos estos nutrientes, tanto micro como macro y el agua, deben ser asimilados y utilizados por el organismo para conseguir energía y que funcione todo correctamente.

A todo ello se le conoce con el nombre de metabolismo, conjunto de reacciones bioquímicas que se producen en las células y cuya finalidad es conseguir nutrientes y energía, y además sintetizar las biomoléculas necesarias para el organismo. En él tienen lugar dos fases simultáneas:

- Catabolismo: el proceso de oxidación de los nutrientes para conseguir la energía que se almacena en forma de ATP, siendo esta la molécula energética del organismo.

- Anabolismo: todas aquellas reacciones químicas de síntesis de nuevas biomoléculas- estas reacciones del anabolismo, en contra del catabolismo, precisan de energía para llevarse a cabo, gastan energía.

Después de conocer los diferentes nutrientes que existen, debemos tener en cuenta que cada uno de ellos tendrá un proceso de digestión y por tanto de asimilación distinto entre todos.

Otro aspecto importante a tener en cuenta para conseguir un buen estado nutricional, con una buena dieta y alimentación, es necesario que conozcamos el estado nutricional personal. El estado nutricional se define como la condición corporal que resulta del balance existente entre ingesta de alimentos y como el

organismo los utiliza. Por ello distinguimos dos conceptos: o Enutrición: un estado nutricional correcto o Malnutrición: toda alteración del estado normal. Y que puede ser:

- Primaria o exógena: cuando solamente se basa en la ingesta adecuada de alimentos.
- Secundaria o endógena: su origen es fisiológico y se da cuando aparecen motivos que pueden alterar los procesos de ingestión, absorción o digestión de los alimentos

2 Objetivos

Objetivo principal

- Conocer los pilares básicos de la nutrición, así como los nutrientes y la composición de los distintos alimentos.

Objetivos secundarios

- El papel de la enfermera y TCAE ante los diferentes trastornos de la conducta alimentaria.
- Distinguir los nutrientes y tener conocimientos sobre los diferentes tipos de dietas existentes.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica a lo largo de los PubMed, Scielo, Elsevier y fuentes literarias, definidas en la bibliografía, así como la consulta en obras literarias.

Para la búsqueda se emplearon los términos que aparecen a continuación.

PALABRAS CLAVE

Nurse

Alimentación

Incidencia

Nutrientes

TÉRMINOS MESH

Nurse

Dieta

Nutrientes

Se obtuvieron un total de 269 artículos, para los cuales se aplicaron los siguientes criterios de inclusión:

1. Artículos relacionados con el tema de interés.
2. Artículos con una antigüedad no inferior a 5 años
3. Artículos escritos en español o inglés.

Tras aplicar estas condiciones se excluyeron un total de 233 artículos. Como resultado se obtuvieron un total de 40 artículos entre las 3 bases de datos. Una vez seleccionados los artículos de cada base de datos, se procedió a leer el resumen de cada uno de ellos. Tras este proceso se evidenció que todos ellos se adaptan al tema de interés y fueron, por lo tanto, incluidos en la revisión. Finalmente, se excluyeron 10 artículos por no tener acceso al artículo completo.

4 Resultados

Los alimentos, y particularmente los nutrientes, tienen un papel significativo en la preservación y desarrollo del sistema inmune, así como del resto de funciones orgánicas. Contar con un buen estado nutricional, proporciona la posibilidad de mantener y reparar los sistemas imprescindibles para la defensa del organismo. Si hablamos de necesidades nutricionales o requerimientos, estamos hablando de las cantidades específicas de cada nutriente, que necesita ingerir habitualmente cada individuo para prevenir determinadas enfermedades y el mantenimiento de un estado nutricional óptimo. Así mismo, en los niños, las cantidades diarias recomendadas deben ser suficientes para asegurar un crecimiento normal. Cuando esos aportes, mediante la dieta y la combinación de alimentos no son suficientes, eso se traduce en un estado carencial en el organismo. Cuando la ingesta de nutrientes y alimentos son mínimas, hacen que el individuo este en una situación la cual le permita sobrevivir, pero sin poder desarrollarse plenamente ni una calidad de vida óptima.

Podemos definir la nutrición como aquella rama de la ciencia que estudia la acción que ejercen los nutrientes en el organismo y los procesos de absorción y transformación de los alimentos. Por lo que todos aquellos procesos químicos que son imprescindibles para obtener energía y formar nuevas moléculas se definen como metabolismo. Si entendemos que nutrición y dietética van juntas, se complementan, debemos tener claro el concepto de dietética también, aquella disciplina que analiza la manera adecuada de juntar los distintos alimentos en la ingesta diaria para cubrir la necesidad de nutrientes que permitan asegurar la preservación del estado de salud, tanto individual como de forma colectiva.

Las necesidades nutricionales cuentan con una extensa variabilidad interindividual. Pero si nos referimos a la población, hablaremos de ingestas recomendadas. Estas han sido establecidas por un comité de expertos, que, tras diversos estudios,

valoran adecuados para cubrir todas aquellas personas sanas.

El establecer las necesidades tiene como objetivo el mantenimiento del peso corporal, evitando la depleción del nutriente en el adulto sano, además de fomentar el desarrollo y crecimiento apropiado en los lactantes, niños adolescentes y adultos.

El siguiente paso, una vez establecidas las necesidades en la población sana, las recomendaciones nutricionales, son las encargadas de establecer la distribución de las necesidades, en función de la edad, el sexo y determinadas situaciones fisiológicas, como la lactancia y el embarazo. Con todo ello tenemos que tener en cuenta los siguientes parámetros: o Porción absorbida del total ingerido o Variabilidad interindividual de cada una de las necesidades o Biodisponibilidad de los nutrientes. o Grado de utilización del nutriente o Precusores del nutriente o Interacciones entre nutrientes y otras sustancias o Pérdidas de nutrientes en el procesado y la preparación de los alimentos o Hábitos alimentarios o Alteraciones producidas en el transporte y almacenamiento de los nutrientes en el organismo.

Los valores establecidos por los organismos correspondientes se denominan ingestas dietéticas de referencia (DRI) e incluyen los siguientes conceptos:

- Recomendaciones nutricionales (RDA)

- Necesidades nutricionales medias (EAR)

- Ingestas adecuadas (AI), siendo estas las cantidades recomendadas cuando no hay evidencia suficiente para la recomendación de un nutriente, pero si existen datos como para establecer la cantidad adecuada de cada uno de ellos.

- Límite superior de ingesta tolerable (UI), aquella cantidad diaria de cada nutriente, que puede consumir una persona sin que exista riesgo alguno para su salud. Proteínas: numerosos grupos de expertos basan sus estudios en un consumo diario de 0,8 g de proteínas por kg/ día, en todas las etapas de la vida adulta. En las mujeres embarazadas, se encuentra en 0.9 g por Kg / día.

Lípidos: no se recomiendan cantidades diarias recomendadas sino más bien en torno a la energía diaria necesaria para la realización de las funciones, siendo recomendada no superar el 30% del total de la energía diaria.

Hidratos de carbono; el mayor componente de la dieta es la glucosa, siendo un nutriente esencial, especialmente para el cerebro. El porcentaje diario recomendado es igual o superior al 45% de la energía total de la dieta.

Fibra dietética: actualmente hay evidencias científicas de que es necesario incorporar en la dieta tanto fibra soluble como insoluble, por sus beneficios para el organismo. La relación adecuada sería 3/1 insoluble/ soluble. Siendo unos 25-35 gramos diarios.

Agua: inicialmente no era considerado nutriente, pero resulta esencial para el organismo también. La ingesta diaria va enlazada con la ingesta de energía, teniendo en cuenta las diferentes.

Vitaminas: depende de cada una de ellas y sus características, además hay que tener en cuenta que existen las liposolubles y las hidrosolubles.

Minerales; lo mismo que ocurre con las vitaminas, dependiendo de cada mineral las cantidades serán unas u otras.

Una vez conocidas todas y cada una de las recomendaciones dietéticas hay que tener en cuenta una serie de consideraciones para aplicar a la población:

Cuando hablamos de cantidad diaria de un nutriente, recomendada, se hace referencia a la ingesta de ese mismo nutriente en un periodo de tiempo determinado que puede ser más o menos largo.

Después de esta revisión a una serie de conceptos y como aclaración de otros muchos aceptados universalmente pero quizás no conocidos realmente, podemos entender la definición de una alimentación saludable, aceptada también por la OMS (organización mundial de la salud). Para ello utilizaremos la definición del Grupo de Revisión, Estudio y Posicionamiento de la Asociación Española de Dietistas – Nutricionistas, pero que actualmente se encuentra disuelto: “una alimentación saludable es aquella que permite alcanzar y mantener un funcionamiento óptimo del organismo, conservar o restablecer la salud, disminuir el riesgo de padecer enfermedades, asegurar la reproducción, la gestación y la lactancia, y que promueve un crecimiento y desarrollo óptimos. Debe ser satisfactoria, suficiente, completa, equilibrada, armónica, segura, adaptada, sostenible y asequible”.

Según la OMS, para conseguir un estilo de vida saludable, deberá consumirse frutas y hortalizas en cantidades moderadas, disminuir la ingesta de grasa, sobre todo las grasas saturadas, presentes en muchos alimentos procesados, la sal y el azúcar. Realizar actividad física, y tratar de evitar el consumo de tabaco y alcohol.

Todo ello explicito en los siguientes 12 puntos:

- 1- Tomar al día pan, cereales pasta o arroz preferiblemente integrales.
- 2- Consumir sobre todo alimentos de origen vegetal.
- 3- Mínimo al día 400 g de verduras y frutas.
- 4- Mantenimiento del peso corporal, realizando también actividad física.
- 5- Sustituir las grasas saturadas por insaturadas, evitando tomar gran cantidad de ellas.
- 6- El reemplazo de la carne grasa, roja, por pescado, legumbres y carnes magras.
- 7- Lácteos pobres en sal y grasas.
- 8- Alimentos pobres en azúcar, evitando también las bebidas azucaradas.
- 9- Disminuir el consumo de sal.

10- Higiene en la cocina y a la hora de preparar los alimentos.

11- Evitar el consumo de alcohol.

12- Priorizar en la medida de lo posible la lactancia materna, sobre todo durante los 6 primeros meses.

El nutriente como tal lo podemos definir como un compuesto químico que es absorbido por el cuerpo, metabolizado y transformado en materia útil para el organismo. Su acción es fisiológica, cuya carencia origina alteraciones y enfermedades. Podemos clasificarlos en dos grandes grupos:

Macronutrientes: aquellos que el organismo necesita en grandes cantidades y los cuales aportan energía, recibiendo el nombre también de nutrientes calóricos. o Proteínas o Lípidos o grasas o Carbohidratos o hidratos de carbono

Micronutrientes: los que necesita nuestro organismo, pero en pequeñas cantidades y que no aportan energía, llamados también nutrientes acalóricos. Pero resultan imprescindibles para el buen funcionamiento del organismo. o Vitaminas o Minerales o Agua

Proteínas: Cadenas de aminoácidos que se encuentran unidos mediante enlaces peptídicos. Algunos de ellos pueden ser sintetizados por el organismo y otros en cambio tienen que ser incorporados mediante la dieta, existiendo por lo tanto 9 aminoácidos esenciales que no podemos sintetizar y que son los siguientes: a. Histidina (Hys), fenilalanina (Phe), leucina (Leu), isoleucina (Ile), lisina (Lys), treonina (Thr), metionina (Met), triptófano (Trp) y valina (Val).

Tanto estos como los no esenciales intervienen en numerosas funciones de gran importancia como la formación de enzimas, hormonas, anticuerpos..., aquellos aminoácidos esenciales presentes en los alimentos en las cantidades justas y necesarias para el organismo es lo que va a condicionar el valor nutricional de la proteína. En cambio, el aminoácido esencial que existe también en los alimentos, pero en menor proporción se conoce con el nombre de aminoácido limitante. Las proteínas cumplen una serie de funciones imprescindibles para el organismo y son las siguientes: o Función de reserva: para conseguir otras proteínas. o Función estructural: formando parte del aparato de sostén del organismo como son los huesos y de los órganos. o Función metabólica y reguladora o Función de transporte de otros nutrientes o Función de defensa: como las inmunoglobulinas. o Función de reconocimiento y señalización celular.

La principal fuente de proteínas presentes en nuestra alimentación se encuentra en las carnes, pescados, huevos y en último lugar las legumbres. Las frutas y verduras apenas contienen proteínas y los cereales tienen, pero tampoco en demasía. La ingesta diaria recomendada de proteínas sería en torno al 10-15% de la ingesta calórica total.

Hidratos de carbono o carbohidratos: son importantes, especialmente por la glucosa, la hexosa que funciona como nutriente indispensable para sistema nervioso y cerebro, eritrocitos, medula renal, tejido embrionario y testículos. El cerebro llega a consumir unos 120 g de glucosa al día. El consumo diario está en torno a un 50-65% de la energía diaria total. Siendo menos de un 10 % como azúcares simples. Son los mayoritarios en los alimentos y los que se encuentran más ampliamente distribuidos en ellos. Pueden ser monosacáridos, disacáridos formados por la unión de dos monosacáridos y polisacáridos. Todos ellos son fuente de energía para el organismo, actúan también como fuente de reserva.

Sus principales funciones son las siguientes:

- Reserva de energía. Ya que cuando hay un exceso de ellos en el organismo no van a ser utilizados, sino que se almacenan en el tejido adiposo, por acción de la insulina.
- Son la fuente principal de energía.
- La glucosa como bien sabemos y hemos nombrado anteriormente es el nutriente principal y fundamental del cerebro.
- Son responsables del sabor dulce de los alimentos.
- Constituyen parte de biomoléculas esenciales como el ADN, el ATP y el ARN entre otros.

Lípidos o la grasa, principalmente tienen 3 funciones que son las siguientes:

- Actúan como precursores de los eicosanoides, forman parte de las membranas biológicas y funcionan como combustible metabólico, capa protectora y reserva energética.

Los minerales, divididos en macro minerales y micro minerales que como su nombre indica se necesitan en menor medida. Dentro de los minerales encontramos el sodio, fósforo, calcio... todos ellos tienen las siguientes funciones: a. Forman parte del esqueleto b. Componentes de proteínas y cofactores. c. Regulación enzimática d. Constituyen tampones para regular el pH. e. Mantienen el equilibrio hídrico y osmótico f. Indispensables para la transmisión del impulso nervioso y contracción muscular g. Intervienen en los sistemas de señalización celular

Los minerales son necesarios para el transporte de oxígeno, como el hierro.

Las vitaminas pueden ser liposolubles e hidrosolubles. Estas últimas no se acumulan excepto la B12 y se eliminan mediante el riñón. En cambio, las liposolubles se almacenan en el hígado excepto la vitamina D y se eliminan a través de las heces.

Por otro lado el agua también es un nutriente indispensable para la vida y esencial.

Es cierto que una alimentación variada y rica en todos los nutrientes, es la clave

para mantenernos sanos y en buena forma. Hace años se hablaba de la famosa pirámide de alimentos para repartir y conocer la cantidad de alimentos recomendada diaria, pero ha quedado en desuso, utilizándose en su lugar la Rueda de Alimentos, formada por 7 grupos con la proporción diaria de cada uno:

- Verduras 23% (Grupo IV)
- Cereales y derivados, tubérculos 28% (Grupo VI)
- Productos lácteos 18% (Grupo I)
- Legumbres 4% (Grupo III)
- Aceites y grasas 2% (Grupo VII)
- Fruta 20 % (Grupo V)
- Carnes, huevos y pescados 5% (Grupo II)

Las necesidades de agua dependen de la cantidad de alimentos pero estarían en torno a 1,5 3 litros al día.

Si relacionamos los conceptos mencionados previamente, la dietética y dietoterapia encontramos que la dietética "es la disciplina que estudia los regímenes alimenticios en la salud, de acuerdo con los conocimientos sobre fisiología de la nutrición; o en la enfermedad (Dietoterapia), de acuerdo con los conocimientos sobre la fisiopatología del trastorno en cuestión". El profesional sanitario que aplica los conocimientos de la dietética, y vigila recomienda hábitos alimenticios saludables, se conoce como dietista. Una dieta podemos utilizarla con diferentes fines:

- Curación
- Prevención
- Promoción de la salud
- Satisfacción
- Bienestar

Sabiendo esto tenemos que tener en cuenta que existen muchas patologías que pueden ser controladas con la dieta. Por lo que podemos encontrar y necesitamos conocer algunas de las dietas que existen:

- Dieta controlada en energía para el control del peso.
- Dieta controlada en glúcidos para aquellas personas intolerantes a la lactosa o diabetes.
- Dietas de progresión, que encontramos diariamente en el entorno hospitalario, líquida, semilíquida o fase II, blanda...
- Dietas con restricción calórica como la 1800 kcal...

Como equipo multidisciplinar debemos tener en cuenta todo pero siempre siguiendo las recomendaciones de los profesionales de la nutrición.

Para hacer referencia a otro de los objetivos de este trabajo, encontramos los TCA, trastornos de la conducta alimentaria, donde las funciones del personal de enfermería y TCAE resultan imprescindibles ya que ambos forman parte del equipo multidisciplinar.

Actualmente los TCA, sobre todo bulimia nerviosa y anorexia nerviosa, forman uno de los principales problemas que inciden en la salud pública, ya que afectan directamente a todas aquellas personas que las padecen y repercuten en sus círculos más cercanos, como familiares y amigos. Los TCA son considerados multicausales, en los que conviven factores socioculturales, cognitivos, psicológicos, genéticos y en continua interacción. Los profesionales de enfermería resultan ser los encargados de la prevención y detección precoz, con una correcta valoración y anamnesis con este tipo de pacientes, y favorecer así su recuperación.

La prevención se distribuye en 3 niveles: a) Prevención primaria: fomentando una conducta adecuada de alimentación, disminuyendo o eliminando aquellos factores que provocan la aparición de los trastornos b) Prevención secundaria: se basa sobre todo en el diagnóstico precoz, ya que muchas personas tratan de eliminar las calorías ingeridas, mediante métodos purgativos, como laxantes o el vómito autoinducido. c) Prevención terciaria; establecido el diagnóstico de TCA, haremos una entrevista a la persona o paciente, de manera más acogedora posible y generando sensación de confianza.

5 Discusión-Conclusión

1- Llegar a conocer la composición de los diferentes alimentos, en macronutrientes y micronutrientes resulta imprescindible para poder instaurar y seguir unos buenos hábitos alimentarios, y conseguir llevar un estilo de vida saludable.
2- Con un estilo de vida saludable, una dieta rica y variada, las personas podrán sentirse bien consigo mismas.

3- No hablamos solo de dieta, sino de estilo de vida, por ello es de vital importancia el conocimiento y la investigación en este campo.

4- Diferenciar cada una de las definiciones relacionadas con la alimentación y la nutrición es necesario para poder aplicar los conocimientos y llevar a cabo la promoción de la salud en los individuos.

5- El papel de la enfermería junto con los TCAE formando un equipo multidisciplinar, cada vez cobra más importancia en aspectos de formación y educación para salud.

6- La edad no resulta un factor determinante para sufrir trastornos de la conducta alimentaria, así como el género, ya que pueden afectar tanto a hombres como a

mujeres.

7- Uno de los pilares fundamentales en las actividades de prevención y promoción de la salud, son los profesionales de enfermería, junto con los TCAE formando así equipos multidisciplinares.

8- Los profesionales de enfermería especializados en enfermería familiar y comunitaria podrán ampliar sus conocimientos y su formación para llevar a cabo actividades de prevención y promoción de la salud.

9- Todos los pacientes tendrán a su alcance a profesionales cercanos y empáticos, con los que poder adquirir nuevos conocimientos de nutrición y alimentación.

10- En el ámbito hospitalario, es importante tener en cuenta lo relacionado con la alimentación y nutrición de los pacientes, ya sea de forma artificial o natural, como parte del proceso terapéutico de recuperación de las personas hospitalizadas.

11- Actualmente el campo de la dietoterapia se encuentra en investigación y ampliación, para seguir demostrando los beneficios de la alimentación y la nutrición en la prevención y tratamiento de determinadas enfermedades.

6 Bibliografía

1- Martínez Álvarez J.R. García Alcón R.M. Montoya Miñano J.J. Del Peso de Marco R. López Díaz-Ufano M.L. Nutrición y dietética en los estados fisiológicos del ciclo vital. Madrid. España. SSAG. S.L. 2017.

2- López Plaza B. Bermejo López L.M. Nutrición y trastornos del sistema inmune. Nutr.Hosp. Vol 34. Supl. 4. Madrid. [2017].Scielo. [Internet]. Disponible en: Nutrición y trastornos del sistema inmune (isciii.es)

3- Burgos Peláez R. Saló i Solá M.E. Trallero Casañas R. Bonada i Sanjaume A. Salas- Salvadó J. Nutrición y dietética clínica. 4ª ed. [2019]. Elsevier. [Internet]. Disponible en: Nutrición y dietética clínica - Google Libros

4- Claves para llevar una alimentación sana (infografía). Generación Elsevier.(2016). [Internet].Disponible en: Claves para llevar una alimentación sana (infografía) (elsevier.com).

5- La nueva rueda de los alimentos en el 2020 y sus grupos. Vera A. Grulla. Psicología y nutrición.[2020]. [Internet].Disponible en: La nueva rueda de los alimentos (2020): Guía actualizada (grullapsicologiaynutricion.com).

6- La rueda de alimentos. Una herramienta didáctica para alimentarse mejor y más fácilmente. Sociedad española de dietética y ciencias de la alimentación. Nutrición.org. 2019. [Internet].Disponible en: Presentación de PowerPoint (nutricion.org).

- 7- Dietética. Wikipedia. [1- Martínez Álvarez J.R. García Alcón R.M. Montoya Miñano J.J. Del Peso de Marco R. López Díaz-Ufano M.L. Nutrición y dietética en los estados fisiológicos del ciclo vital. Madrid. España. SSAG. S.L. 2017.
- 2- López Plaza B. Bermejo López L.M. Nutrición y trastornos del sistema inmune. Nutr.Hosp. Vol 34. Supl. 4. Madrid. [2017].Scielo. [Internet]. Disponible en: Nutrición y trastornos del sistema inmune (isciii.es)
- 3- Burgos Peláez R. Saló i Solá M.E. Trallero Casañas R. Bonada i Sanjaume A. Salas-Salvadó J. Nutrición y dietética clínica. 4ª ed. [2019]. Elsevier. [Internet]. Disponible en: Nutrición y dietética clínica - Google Libros
- 4- Claves para llevar una alimentación sana (infografía). Generación Elsevier.(2016). [Internet].Disponible en: Claves para llevar una alimentación sana (infografía) (elsevier.com).
- 5- La nueva rueda de los alimentos en el 2020 y sus grupos. Vera A. Grulla. Psicología y nutrición.[2020]. [Internet].Disponible en: La nueva rueda de los alimentos (2020): Guía actualizada (grullapsicologiaynutricion.com).
- 6- La rueda de alimentos. Una herramienta didáctica para alimentarse mejor y más fácilmente. Sociedad española de dietética y ciencias de la alimentación. Nutrición.org. 2019. [Internet].Disponible en: Presentación de PowerPoint (nutricion.org).
- 7- Dietética. Wikipedia. [internet]. 2021.Disponible en: Dietética - Wikipedia, la enciclopedia libre.
- 8- Garriga García M. Ruiz de las Heras de la Hera A. Dietética hospitalaria y gastronomía saludable. Nutr. Hosp. Vol 35. Supl Madrid. [2018]. Scielo. [Internet]. Disponible en: Dietética hospitalaria y gastronomía saludable (isciii.es).
- 9- Dietoterapia. TopDoctors. España. [2020]. [Internet].Disponible en: Dietoterapia: qué es, síntomas y tratamiento | Top Doctors.
- 10- ¿Qué es la dietoterapia? Tipos de dietas terapéuticas. ABCdietas. [Internet]. 2009. Disponible en: ¿Qué es la dietoterapia? Tipos de dietas terapéuticas - ABCDietas.com
- 11- Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia y bulimia nerviosa. Castillo Sánchez M.D. Espinosa de los Monteros M.T. 2º Ed. 2015. Formación Alcalá. [Internet].Disponible en: hSehaFB7CpEPePJS68Fe.pdf
- 12- Trastornos de la conducta alimentaria y diabetes mellitus. Nicolau J. Masmiqel L. Endocrinología y nutrición. Hospital San Llatzer. Palma de Mallorca. España. 2015. [Internet].Disponible en: Trastornos de la conducta alimentaria y diabetes mellitus (elsevier.es)

- 13- Rol de enfermería frente a pacientes con TCA. RevElect. De Portales Médicos. Castellot Perales L. Sancho Salazar S. 2018. [Internet]. Disponible en: Rol de enfermería frente a pacientes con TCA - Revista Electrónica de Portales Medicos.com (revista-portalesmedicos.com)
- 14- Asociación de Enfermeras de Nutrición y Dietética. ADENYD. [Internet]. Disponible en: Sobre ADENYD | ADENYD[Internet]. 2021. Disponible en: Dietética - Wikipedia, la enciclopedia libre.
- 8- Garriga García M. Ruiz de las Heras de la Hera A. Dietética hospitalaria y gastronomía saludable. Nutr. Hosp. Vol 35. Supl Madrid. [2018]. Scielo. [Internet]. Disponible en: Dietética hospitalaria y gastronomía saludable (isciii.es).
- 9- Dietoterapia. TopDoctors. España. [2020]. [Internet]. Disponible en: Dietoterapia: qué es, síntomas y tratamiento | Top Doctors.
- 10- ¿Qué es la dietoterapia? Tipos de dietas terapéuticas. ABCdietas. [Internet]. 2009. Disponible en: ¿Qué es la dietoterapia? Tipos de dietas terapéuticas - ABCDietas.com
- 11- Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia y bulimia nerviosa. Castillo Sánchez M.D. Espinosa de los Monteros M.T. 2º Ed. 2015. Formación Alcalá. [Internet]. Disponible en: hSehaFB7CpEPePJS68Fe.pdf
- 12- Trastornos de la conducta alimentaria y diabetes mellitus. Nicolau J. Masmiqel L. Endocrinología y nutrición. Hospital San Llatzer. Palma de Mallorca. España. 2015. [Internet]. Disponible en: Trastornos de la conducta alimentaria y diabetes mellitus (elsevier.es)
- 13- Rol de enfermería frente a pacientes con TCA. RevElect. De Portales Médicos. Castellot Perales L. Sancho Salazar S. 2018. [Internet]. Disponible en: Rol de enfermería frente a pacientes con TCA - Revista Electrónica de Portales Medicos.com (revista-portalesmedicos.com)
- 14- Asociación de Enfermeras de Nutrición y Dietética. ADENYD. [Internet]. Disponible en: Sobre ADENYD | ADENYD.

Capítulo 89

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON DISPEPSIA

DAVID SÁNCHEZ GARCÍA

GUILLERMO GARCÍA AGUILAR

TERESA MARIA VAZQUEZ CATALAN

CARMEN GARCIA RODRIGUEZ

SARA ESCOBAR MARTÍNEZ

1 Introducción

La dispepsia, definida como dolor o molestia en la zona alta del abdomen, es un motivo de consulta muy frecuente tanto en Atención Primaria como en la consulta de Atención Especializada. Su elevada frecuencia conlleva un consumo considerable de recursos sanitarios y tiene un impacto importante sobre la calidad de vida y la productividad laboral de las personas que la padecen. Aproximadamente, el 35-40% de la población presentará dispepsia, siendo más frecuente en el sexo femenino, personas fumadoras, consumidores crónicos de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y población con infección por *Helicobacter pylori*.

Los síntomas pueden ser repentinos o aparecer al cabo de un tiempo y pueden comprender dolor, malestar, ardor, hinchazón, sensación de pesadez o de saciedad precoz, eructos, flatulencias y náuseas. Es un trastorno bastante común en los adultos, que puede ocurrir de manera ocasional, recurrente e, incluso, llegar a

repetirse diariamente. Según la etiología puede ser una dispepsia orgánica o una dispepsia funcional, siendo esta última la más común.

En algunos casos, modificar el estilo de vida y los hábitos alimentarios serán suficientes para aliviar los síntomas, mientras que en otros será necesario que el médico realice un diagnóstico adecuado para saber qué hay detrás de esos síntomas y tratarlos.

2 Objetivos

Objetivo general

- Revisar la evidencia científica disponible sobre el manejo del paciente con dispepsia.

Objetivos específicos

- Conocer los cuidados de enfermería en el paciente con dispepsia.
- Determinar el diagnóstico y tratamiento para dicha enfermedad.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente, consultando las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo España y Biblioteca Cochran. Para ello, se han utilizado como palabras clave: dispepsia, enfermería, tratamientos e intervenciones. Como criterios de inclusión se emplearon aquellos artículos de acceso abierto tanto en inglés como en español.

4 Resultados

La dispepsia es un trastorno digestivo muy frecuente. Según la Sociedad Española de Patología Digestiva, la dispepsia afecta a entre el 35% y el 40% de la población general. Se define como dolor o malestar en la parte superior del abdomen y se caracteriza por una o más de las siguientes manifestaciones clínicas: dolor y/o ardor en la zona del epigastrio, sensación de llenarse demasiado pronto durante una comida (saciedad precoz), sensación de estar demasiado lleno después de comer

(plenitud postprandial), tirantez o hinchazón en el estómago, náuseas, eructos y flatulencias.

Dependiendo del momento del proceso diagnóstico, la dispepsia se clasifica en:

1. Dispepsia orgánica: cuando mediante métodos diagnósticos se ha identificado la causa orgánica que justifica los síntomas. Engloba las siguientes situaciones: infección por *Helicobacter Pylori*, reflujo gastroesofágico (ERGE), cáncer de estómago, algunos medicamentos (AINES, hierro, aspirina entre otros), intolerancias alimentarias, patología biliar y pancreática, trastornos metabólicos y enfermedades sistémicas.

2. Dispepsia funcional: no existen causas aparentes que puedan dar lugar a los síntomas. Es la más común (70% de los casos). Desde el consenso de Roma IV se subdivide en 2 tipos:

- Síndrome de distrés postprandial (SDP): caracterizada por la presencia de plenitud postprandial molesta y/o saciedad precoz, al menos 3 días por semana.
- Síndrome de dolor epigástrico (SDE): dolor y/o ardor epigástrico molesto, al menos un día a la semana.

3. Dispepsia no investigada: no ha sido estudiada, porque el paciente no lo ha consultado con su médico, o simplemente se ha diagnosticado como funcional sin pruebas previas.

En pacientes con síntomas de dispepsia se recomienda realizar una historia clínica detallada para orientar el diagnóstico inicial. Se deben valorar aspectos como las características del dolor, existencia de posibles factores de riesgo medioambientales (dieta, hábito tabáquico y consumo de alcohol), ingesta de fármacos (sobre todo AINES), antecedentes personales de úlcera péptica, cirugía gástrica e infección por *H. pylori* e historia familiar de úlcera péptica. Inicialmente es necesario valorar también la presencia o no de signos y síntomas de alarma y la edad del paciente.

La anamnesis debe ir seguida de una exploración física completa en busca de signos digestivos o extradigestivos que pudieran ser indicativos de patología orgánica. Las pruebas más habituales en la práctica clínica suelen ser la analítica, test de intolerancia (por ejemplo, lactosa y fructosa) y la ecografía abdominal.

También la investigación del *H. pylori*, que debe excluirse o eliminarse, por ser una causa conocida de dispepsia.

La gastroscopia es la exploración de referencia para el estudio de dispepsia. Sus indicaciones son las siguientes:

- Siempre que aparezcan síntomas o signos de alarma.
- Sujetos mayores de 45 años sin causa evidente que justifique su dispepsia.
- Fracaso del tratamiento sintomático en menores de 45 años y en sujetos que hayan ingerido fármacos gastrolesivos.
- Temor del paciente a padecer una enfermedad grave.

En la dispepsia orgánica, una vez diagnosticada la causa se procede al tratamiento

etiológico correspondiente.

En la dispepsia funcional el objetivo del tratamiento consiste en el alivio de los síntomas. Por este motivo el tratamiento siempre debe ser individualizado y basándose en la gravedad de los mismos. En primer lugar, se recomienda promover hábitos de vida saludable (evitar comidas copiosas, masticar bien los alimentos, dejar de fumar, reducir la ingesta de alcohol y tratar el sobrepeso). La segunda alternativa está basada en la existencia o no de infección por *H. pylori*. En caso de que se diagnostique infección por esta bacteria habría que realizar un tratamiento erradicador.

El tratamiento farmacológico deberá reservarse para los casos refractarios a las medidas higiénico-dietéticas iniciales. Los antisecretores, inhibidores de la bomba de protones (IBPs) y antihistamínicos H₂ (AntiH₂) han demostrado ser eficaces en el tratamiento de la dispepsia funcional. El uso de procinéticos está especialmente indicado en pacientes con distrés postprandial, ya que mejoran la contractilidad gástrica y la motilidad intestinal. Si a pesar de estos fármacos persisten los síntomas, se ha demostrado la utilidad de antidepresivos a dosis bajas para disminuir la sensibilidad al dolor y mejorar la tolerancia a las molestias propias de la dispepsia.

Desde las competencias de Enfermería, es preciso ofrecer apoyo, información y tranquilidad, así como un correcto seguimiento del paciente.

5 Discusión-Conclusión

La dispepsia se caracteriza por una o más de las siguientes manifestaciones clínicas: dolor y/o ardor en la zona del epigastrio, saciedad precoz, plenitud postprandial, tirantez o hinchazón en el estómago, náuseas, eructos y flatulencias.

En torno al 35-40% de la población mundial manifestará síntomas dispépticos, siendo uno de los motivos más frecuentes de consulta médica. Su elevada frecuencia conlleva un consumo considerable de recursos sanitarios y tiene un impacto importante sobre la calidad de vida de los pacientes y productividad laboral.

La dispepsia se clasifica en funcional y orgánica, siendo la funcional la de mayor presentación clínica. Cuando se realiza un estudio adecuado y no se logra identificar la causa subyacente se establece el diagnóstico de dispepsia funcional.

El diagnóstico se basa en una historia clínica detallada, exploración física y pruebas complementarias como son: analítica de sangre, ecografía abdominal o endoscopia digestiva alta.

En el caso de la dispepsia funcional el tratamiento incluye medidas higiénicodietéticas y medicamentos antisecretores o procinéticos. Se recomienda descartar

o tratar la infección por *H. pylori* antes de establecer el diagnóstico de dispepsia funcional.

Es importante destacar también, que los estudios realizados sobre la dispepsia son escasos y poco actuales. La mayoría de las guías clínicas elaboradas hasta la actualidad, van dirigidas en gran medida al personal facultativo, y al abordaje de estos pacientes desde el punto de vista de su profesión y competencias, pero ninguna de ellas destaca la intervención de Enfermería. Por ello, se debería de incidir más en la formación e investigación desde el punto de vista de la enfermería para llevar a cabo una correcta educación para la salud, que permita mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

6 Bibliografía

1. Investigación RS. Valoración y cuidados de enfermería en el paciente con dispepsia. [Internet]. RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2021 [consultado el 14 de abril de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/valoracion-y-cuidados-deenfermeria-en-el-paciente-con-dispepsia-articulo-monografico/>.
2. Alcalde Muñoz S, Fontanillas Garmillas N, Oscullo Yépez VR, Marta, Ricote Belinchón M, Rivera Panizo I, Rodríguez Rodríguez R, Saiz Cantero C. *semergen.es* [Internet]. Trastornos funcionales gastroduodenales en AP. Nuevos criterios: ROMA IV; 2018 [consultado el 10 de abril de 2023]. Disponible en: <https://semergen.es/files/docs/biblioteca/guias/levogastrol%20monografia%20Criterios%20Roma%20IV%20monografia...pdf>.
3. Alonso ACM. Dispepsia funcional: actualización del tema e intervención de Enfermería [Internet]. Uva.es. [consultado el 10 de abril de 2023]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/30353/TFG-H1179.pdf;jsessionid=C3BA71764BF55667BAA55A2EDE7CEDE4?sequence=1>.
4. Chacón Segura MA, Rojas Sancho DM, José Ignacio GB. Abordaje del paciente con dispepsia. *Rev Medica Sinergia* [Internet]. 2021 [consultado el 10 de abril 191 de 2023]; 6(9): e711. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/711>.

Capítulo 90

COMUNICACIÓN EN ENFERMERÍA: UN ENFOQUE EN LA TELEMEDICINA Y LA E-SALUD

DAVID SÁNCHEZ GARCÍA

GUILLERMO GARCÍA AGUILAR

TERESA MARIA VAZQUEZ CATALAN

CARMEN GARCIA RODRIGUEZ

SARA ESCOBAR MARTÍNEZ

1 Introducción

En los últimos años, las tecnologías de la información y comunicación (TIC) han revolucionado la forma en que se brinda atención sanitaria. La telemedicina y la e-salud son dos de las principales aplicaciones de las TIC en el ámbito de la salud, y han demostrado ser herramientas valiosas que mejoran la eficiencia, la accesibilidad y calidad de la atención.

La telemedicina se refiere al uso de las tecnologías de comunicación para proporcionar servicios de atención sanitaria a distancia, mientras que la e-salud se refiere a la aplicación de las TIC en la gestión de la salud y la atención médica. En esta revisión se presenta un enfoque específico en la aplicación de la telemedicina y la e-salud en el ámbito de la enfermería. Se analizan las ventajas y desventajas de estas, y se identifican los retos y oportunidades que presentan. Además, se

discuten los aspectos éticos y legales relacionados con el uso de las tecnologías de la información y se presentan algunos ejemplos de buenas prácticas en su aplicación.

Así, se destaca la importancia de la capacitación continua de los profesionales en el uso de las TIC y se señalan algunas áreas de investigación futura en este campo de constante evolución.

2 Objetivos

- Analizar el impacto de las tecnologías de la información y comunicación en el ámbito de la enfermería, con un enfoque específico en la telemedicina y la e-salud.
- Identificar los beneficios y desafíos en la implementación en la práctica enfermera.
- Explorar las posibilidades de uso de las TIC para mejorar la atención y el seguimiento de pacientes.
- Proporcionar recomendaciones para una implementación efectiva y ética de la telemedicina y la salud en el campo de la enfermería.

3 Metodología

La metodología del capítulo incluye una revisión bibliográfica de la literatura científica existente sobre el uso de las tecnologías de la información y comunicación en enfermería, con un enfoque específico en la telemedicina y la e-salud. Se buscaron estudios empíricos, revisiones, metaanálisis y otros documentos relevantes en bases de datos como PubMed, Dialnet, Google Académico, Scielo, etc. También se incluyeron documentos gubernamentales y de organizaciones internacionales de la salud relacionados con la implementación y uso de estas tecnologías. Para ello, se utilizaron términos de búsqueda específicos y combinaciones de palabras clave para identificar estudios relevantes.

Una vez obtenidos los documentos pertinentes, se llevó un análisis crítico y una síntesis de los hallazgos relevantes para el capítulo, utilizando una plantilla de análisis que incluyó variables como autor, año de publicación, objetivo del estudio, metodología, resultados principales y conclusiones.

Además, se organizó la bibliografía encontrada de manera sistemática mediante el gestor bibliográfico Mendeley.

Palabras clave: tecnologías, comunicación, información, e-salud, telemedicina, enfermería, cuidados.

4 Resultados

La telemedicina y la e-salud son herramientas prometedoras que sirven para mejorar la atención de enfermería en varias áreas.

La telemedicina se refiere a la provisión de servicios sanitarios a través de las tecnologías de la información y la comunicación, como videoconferencias, intercambios de datos y telemonitoreo. Esto permite a los pacientes acceder a la atención de los profesionales de la salud de manera remota sin la necesidad de una visita en persona.

Por otra parte, la e-salud se refiere al uso de tecnologías de la información y la comunicación en la salud, incluyendo aplicaciones móviles, dispositivos portátiles, monitores de actividad, herramientas de gestión de la salud y plataformas de registro electrónico de salud. La e-salud se utiliza generalmente para mejorar la eficiencia y la efectividad de la atención sanitaria, la prevención y control de enfermedades y la educación y empoderamiento del paciente.

Algunos de los beneficios que se pueden señalar tanto para los pacientes como para los profesionales sanitarios, son: la mejora en la calidad de la atención, la accesibilidad y la eficiencia de los servicios de salud, así como la reducción de costos y la optimización de los recursos disponibles.

Las barreras que existen actualmente y se pueden identificar para la implementación de las TIC en enfermería son la falta de recursos económicos o tecnológicos, la resistencia al cambio por parte de algunos profesionales, o la preocupación por la seguridad y la privacidad de los datos de los pacientes.

En cuanto a las estrategias y soluciones que se ofrecen para superar estas barreras que suponen un desafío, incluyen:

- La formación y capacitación de los profesionales en el uso de las tecnologías de la información y la comunicación para poder comprenderlas y utilizarlas de forma efectiva. La aceptación cultural es crucial para el éxito de su implementación, por ello, los profesionales han de estar abiertos al cambio y así comprender mejor los beneficios que pueden aportar.
- Acceso a la tecnología mejorando la infraestructura y el equipamiento de los centros de salud, incluyendo la disponibilidad de ordenadores, dispositivos móviles y acceso a la red.
- El costo de la implementación de las TIC puede suponer un obstáculo para muchas organizaciones, pero, se ha de evaluar el costo-beneficio sobre todo a largo plazo. Ya que, a pesar de realizar una gran inversión en infraestructura, capacitación de profesionales y actualización de los sistemas de información, se podrá reducir el tiempo de respuesta y el número de visitas de seguimiento, mejo195

rar la comunicación entre el personal de enfermería y los pacientes y reducir a su vez el costo de la atención.

- Para asegurar la seguridad y la privacidad de la información del paciente se han de implementar protocolos de seguridad, actualizar el software continuamente, monitorear la actividad de los sistemas, realizar auditorías regulares de evaluación y restringir el acceso a las personas sean autorizadas por el paciente a acceder a la información.

Por otro lado, algunas áreas de investigación futura en este ámbito pueden ir dedicadas a la evaluación de la efectividad de la telemedicina y la e-salud en el tratamiento y seguimiento de enfermedades crónicas, la comparación de diferentes modelos de implementación y uso de las TIC en enfermería, o la exploración de nuevas herramientas y tecnologías emergentes en el campo de la salud digital.

5 Discusión-Conclusión

Las tecnologías de la información y la comunicación, en especial la telemedicina y la e-salud, han abierto nuevas oportunidades en la atención enfermera y la gestión de los servicios de salud.

La implementación de estas tecnologías puede mejorar la calidad de la atención, reducir los costos a largo plazo y mejorar la accesibilidad para los pacientes.

Además, se pueden utilizar estas TIC para fortalecer la educación y la formación de los profesionales de enfermería, mejorando así sus habilidades y competencias.

Sin embargo, es importante reconocer los retos que presentan, como la brecha digital, la privacidad y seguridad de la información, y la necesidad de mantener el enfoque en el cuidado humano.

En resumen, la incorporación de las TIC en la enfermería debe ser cuidadosamente planificada y llevada a cabo, pero puede ser muy beneficiosa para la atención de la salud en general.

6 Bibliografía

1. García Martínez A., Martínez Muñoz M., Hernández Marrero P., Hernández Padilla JM. Telemedicina en la atención primaria de la salud: una revisión sistemática. Atención Primaria [Internet] 2019 [acceso 1 abril 2023] 51(1): 29-38.
2. Hernández Marrero P., Martínez Muñoz M, García Martínez A, Hernández Padilla JM. E-salud: una revisión sistemática de la literatura. Revista Cubana de

Informática Médica [Internet] 2018 [acceso 1 abril 2023] 10(3): 6-19.

3. Ramos Rincón JM, García Jiménez E, Hernández Padilla JM, Hernández Marroero P. Telemedicina y su impacto en el ámbito de la enfermería. *Enfermería Universitaria* [Internet] 2019 [acceso 1 abril 2023] 16(3): 176-179.

4. Mayoral Castillo SA, Chong Vargas K, Pacheco Mendoza J. Telemedicina en la atención del paciente con insuficiencia cardiaca. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social* [Internet] 2019 [acceso 1 abril 2023] 27(1): 43-47.

5. Lobo M, Molina Mula J, Pérez Cárceles MD, Richart Martínez M. Aplicación de las TICs en el cuidado de la salud: revisión sistemática. *Enfermería Clínica* [Internet] 2019 [acceso 1 abril 2023] 28(4): 242-251.

Capítulo 91

ENFERMERÍA Y LOS INJERTOS EN LAS HERIDAS EN PACIENTES

DAVID SÁNCHEZ GARCÍA

GUILLERMO GARCÍA AGUILAR

TERESA MARIA VAZQUEZ CATALAN

CARMEN GARCIA RODRIGUEZ

SARA ESCOBAR MARTÍNEZ

1 Introducción

La figura de la categoría profesional de la enfermera en el área de la cirugía menor está generando cada vez más importancia y responsabilidad. Además, la cura de heridas es uno de los temas más tratados y estudiado por las enfermeras, siendo su máxima responsabilidad y formadas para ello.

Debido a ello, la técnica de los injertos en sello es un proceso que está empezando a realizarse cada vez más frecuentemente en los últimos años principalmente en los países en los que el sistema sanitario es más maduro y la esperanza de vida es mayor.

Como enfermeras, debemos conocer dicha técnica y saber cuándo y cómo podemos llevarla a cabo. Los injertos en sello son injertos con un espesor parcial, ya que contienen epidermis y dermis superficial de la propia persona que padece la herida.

Estos injertos tienen una forma más o menos circular y se obtienen del propio paciente. Sus usos son múltiples: desde áreas expuestas donde ha habido una gran cantidad de pérdida de piel, quemaduras extensas, hasta úlceras crónicas que tras mucho tiempo no conseguimos que cicatricen lo que conlleva una alta prevalencia y fracaso de las técnicas.

Por ello, se utilizan como novedad los injertos de sello en las heridas que cronifican siendo la alternativa a los métodos tradicionales del cuidado de las heridas.

2 Objetivos

- Dar a conocer qué son los microinjertos en sello y cómo se obtienen.
- Describir cuál es la técnica de cura y seguimiento de los mismos como responsabilidad de la enfermera.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 injertos en sello están formados por fragmentos dermoepidérmicos y, por tanto, al obtenerlos, en la zona donante se produce a propósito un sangrado de la zona. Esto es lo que permite y facilita que tenga lugar el prendimiento de estos injertos en la herida. Para la realización de esta técnica, debemos en un primer momento informar al paciente sobre la realización de la misma y los posibles riesgos. Estos injertos suelen obtenerse normalmente de la cara antero-lateral del muslo del propio paciente.

Para la obtención del injerto, previamente se administra anestesia como lidocaína diluida en suero fisiológico. Para obtenerlos, pueden utilizarse diferentes materiales: un bisturí fino, una cureta o incluso un punch. Una vez obtenidos, deben colocarse sobre la herida crónica. Posteriormente, debemos colocar alginato cálcico sobre ellos. Otra opción es colocar una interfase y por encima, el alginato

cálcico. Para los cuidados de la zona donante debemos colocar también alginate cálcico y, por encima, gasas.

Transcurridos unos días, y una vez que se empiezan a formar las costras, aplicaremos crema con óxido de zinc para seguir favoreciendo esa formación de costras secas. Para favorecer una buena evolución, es muy importante la inmovilización del paciente los días posteriores a la colocación de los microinjertos. Para ello, colocaremos un vendaje compresivo y recomendaremos al paciente reposo manteniendo en la medida de lo posible, el miembro elevado.

Estas medidas antiedema son muy importantes, y pueden ser clave en el éxito o fracaso del prendimiento de los injertos en sello. También es importante espaciar las curas lo máximo posible y ser conservadores en las siguientes curas, no retirando los injertos que no han prendido ni las costras que aparecen. Los posibles riesgos derivados de esta técnica son: la alergia a la anestesia local, hemorragia, dolor, infección o cicatrices hipertróficas.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, los injertos en sello constituyen una técnica sencilla y económica que podemos utilizar para la cura de heridas crónicas. Además de las ventajas descritas, esta técnica puede ser realizada por el personal de los centros de salud, sin necesidad de que el paciente ingrese en un hospital lo que conlleva una facilidad en la recuperación del paciente y por otra parte un ahorro al sistema.

De tal manera que formar al personal de enfermería para realizar esta técnica puede ser una estrategia para que empiece a desarrollarse en más ámbitos y puedan estudiarse y valorarse los resultados obtenidos. Pese a todo, es una técnica que se utiliza poco, posiblemente por su desconocimiento y escasa difusión entre profesionales. Por ello, debe favorecerse la formación en ello.

Por tanto, es interesante dar a conocer esta técnica para poder utilizarla como alternativa en nuestra práctica profesional facilitando la formación de esta categoría profesional.

6 Bibliografía

1. Suárez Alonso, A., Palomar Llatas, F., & Fornes Pujalte, B. (2012). Injertos autólogos con sellos de piel. *Enfermería dermatológica*, 6(16), 20-25.
2. Marín, L. R., Montero, E. C., Vázquez, A. P., Jerónimo, L. P., García, S. R. A., & Espantoso, M. P. V. (2019). Injertos en sello y compresión terapéutica para la

cicatrización de heridas en piernas tras vasculitis leucocitoclástica. *Heridas y Cicatrización*, 17. 85.

3. Conde, E. Diferencias entre los injertos epidérmicos y dermo-epidérmicos en sello. 4. Velarte, M. G., Blasco, C. B., García, L. R. G., Duarte, Y. M., Sacramento, A.C. G., & Fuertes, P. G. (2021). Injerto de piel en sello en el tratamiento de heridas crónicas. Artículo monográfico. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(11), 398.

Capítulo 92

EFECTOS DEL CONSUMO DEL TABACO DURANTE EL EMBARAZO.

ALEJANDRA RAMÍREZ COLLADO

MARTA LÓPEZ GARCÍA

LUCÍA LÓPEZ GARCÍA

1 Introducción

Desde hace años se sabe que el consumo de tabaco durante el embarazo tiene efectos muy perjudiciales para el recién nacido, tanto en el momento del nacimiento como en los primeros años de vida, algunas de sus consecuencias pueden ser la prematuridad, el asma, el TDAH o incluso la muerte perinatal.

El tabaquismo materno afecta el crecimiento fetal, aumentando los riesgos de bebés con bajo peso al nacer y parto prematuro, que a su vez también se sabe que aumentan el riesgo de asma. Tanto el tabaquismo prenatal materno como la exposición postnatal al humo de tabaco ambiental (ETS) se asocian con riesgos elevados de problemas de comportamiento, déficits neurocognitivos y síndrome de muerte súbita del lactante. Se sabe que el embarazo es un período crítico de la programación del desarrollo, en el que el tabaquismo materno puede influir en el desarrollo inmunológico fetal a través de la activación o el silenciamiento de los genes fetales, afectando el crecimiento y la diferenciación pulmonar y predisponiendo a la descendencia al asma. Además, el tabaquismo acorta la gestación causando un parto prematuro con una importante mortalidad y morbilidad fetal e infantil. También hay que tener en cuenta, que el humo exhalado por otros fumadores contiene dosis más bajas de las mismas toxinas que estos inhalan, por lo que

la exposición materna durante el embarazo debería tener efectos similares pero menos graves. Sin embargo, si la exposición al humo ajeno tiene incluso un pequeño impacto en el crecimiento fetal en el útero, esto podría traducirse en una morbilidad significativa al aumentar el número de bebés de alta morbilidad y bajo peso al nacer (BPN).

En esta revisión analizaremos los diferentes efectos que desencadenan el consumo de tabaco en los recién nacidos de madres fumadoras o que hayan estado expuestas al humo del tabaco durante el embarazo.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer los efectos perjudiciales que puede tener para el niño la exposición materna al humo del tabaco durante el embarazo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 seleccionaron cuatro artículos relacionados con el objeto de estudio, en este caso, la incidencia de enfermedades en recién nacidos los cuales habían estado expuestos en su vida prenatal a los efectos del tabaco debido al consumo por parte de sus madres. Los estudios seleccionados están comprendidos entre el año 2007 hasta el 2020. Se llevaron a cabo en diferentes países como Reino Unido, Finlandia y Noruega. La población diana a la que iban dirigidos esta revisión eran mujeres embarazadas fumadoras y/o con parejas fumadoras, con antecedentes de tabaquismo (madres que hayan fumado en otros embarazos y/o cuyas madres habían fumado durante su embarazo), y aquellas mujeres fumadoras que continuaron total o parcialmente con el hábito tabáquico una vez se quedaron embarazadas.

Esta revisión recoge diferentes tipos de estudios, tres estudios de cohortes, uno de ellos observacional, y un estudio retrospectivo. En cada uno de ellos se evalu-

aron diferentes variables resultadas, como la aparición de asma en el niño a una edad temprana, la presencia de un bajo peso al nacer en los hijos de las mujeres que eran objeto de estudio, el desarrollo de TDAH en los primeros años de vida y también en otro artículo se analizaron las medidas antropométricas (circunferencia de la cabeza y la longitud de la corona y el talón) de estos niños en el momento del nacimiento así como la duración de la gestación.

Los resultados fueron positivos para todos los estudios, es decir, que en todos había una relación entre la exposición al humo del tabaco durante la edad prenatal y la aparición de diferentes patologías en la edad postnatal o incluso en el momento del parto. Se observó que en aquellos casos en los que las madres dejaban de fumar de forma total, la incidencia de bajo peso al nacer, así como de la aparición de asma, fue más reducida que en aquellas mujeres que continuaron fumando o lo dejaron parcialmente.

5 Discusión-Conclusión

En vista de los hallazgos detectados en este caso, se puede concluir que el consumo de tabaco durante el embarazo, está directamente relacionado con la aparición de alteraciones posteriores en el recién nacido y niño. Por ello, debe realizarse una educación para la salud exhaustiva en el momento que una mujer decide quedarse embarazada y durante el propio embarazo. Ahí entra en acción el papel de enfermería tanto en atención primaria, como en las revisiones que se tenga con la matrona, donde se debe hacer mayor hincapié en este tipo de cuestiones para que tanto el embarazo, como el parto se lleven de la mejor manera posible y no se ponga en peligro la salud del niño ni la de la madre.

6 Bibliografía

1. Parental smoking and cessation during pregnancy and the risk of childhood asthma | BMC Public Health | Full Text (biomedcentral.com)
2. Prevalence of maternal smoking and environmental tobacco smoke exposure during pregnancy and impact on birth weight: retrospective study using Millennium Cohort | BMC Public Health | Full Text (biomedcentral.com)
3. Smoking in Pregnancy and Child ADHD | Pediatrics | American Academy of Pediatrics (aap.org)

4. IJERPH | Free Full-Text | The Effects of Different Smoking Patterns in Pregnancy on Perinatal Outcomes in the Southampton Women's Survey | HTML (mdpi.com)

Capítulo 93

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LAS CONTENCIONES MECÁNICAS COMO RECURSO ANTE UN PACIENTE AGITADO.

MARGARITA CARRASCO BLASCO

MARIA DEL ROSARIO LADERO PACHECO

PATRICIA ÁLVAREZ GÓMEZ

CORAL SANCHEZ SANCHEZ

IRENE CAMINO LOZANO

1 Introducción

Las contenciones mecánicas son un recurso terapéutico utilizado cuando existe un riesgo elevado para la integridad física del paciente y de las personas que lo rodean. Este método consiste en suprimir los movimientos de una parte móvil del cuerpo o de su totalidad, para favorecer la cura o para evitar que el propio paciente se haga daño de forma voluntaria o involuntaria.

La inmovilización debe durar el tiempo mínimo imprescindible, los periodos largos de inmovilización no suelen darse en el medio sanitario, por suponer graves

lesiones o riesgo de padecer otras patologías a causa de ello. Cuando se menciona el uso o utilización de contenciones mecánicas suele asociarse a enfermos con patologías o trastornos graves de salud mental, pero nada más lejos de la realidad. También se utiliza en otro tipo de pacientes. Por esto, la evaluación del paciente y del entorno será tenido en cuenta como primera medida, así como el comportamiento, factores psicológicos y fisiológicos y por supuesto, la clave fundamental es la formación de los profesionales que deben saber actuar adecuadamente en cada caso.

Algunos profesionales de la salud están en total desacuerdo con el uso de las contenciones mecánicas, sea cual sea el tipo de paciente e independientemente de la patología que este padezca. En todo caso, y dejando a un lado los términos "ética" y "moral", y cualquier otra cuestión sobre su aplicación o no, los criterios a cumplir deben ser claros: necesidad, proporcionalidad, excepcionalidad, brevedad, consentimiento y seguimiento adecuado.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las contenciones mecánicas desde el punto de vista del TCAE.

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

Hay varios tipos de contenciones mecánicas o sujeciones que se pueden utilizar para asegurar la integridad física del paciente, así como de las personas que lo rodean. Utilizar contenciones mecánicas, es simplemente, atar a una persona. Y si bien es cierto que es algo desagradable, y que éticamente no todo el mundo es capaz de comprender el porqué de su uso, también es cierto que, a veces, no hay absolutamente ninguna otra alternativa posible.

Cuando hablamos de contenciones mecánicas, nos imaginamos a los enfermos psiquiátricos. Pero la realidad es que además de estos, hay otro tipo de pacientes que requieren, en determinados momentos, este tipo de tratamiento. Por ejemplo: un paciente con un deterioro cognitivo, un enfermo senil, niños o bebés, etc. A cualquiera de estas personas, por el motivo que sea, se le podría colocar una vía intradérmica, un respirador o una sonda (urinaria, nasogástrica, gastrostomía endoscópica percutánea (PEG), etc.) y es muy habitual que se lo arranquen muchas veces de forma accidental o inconsciente. También podemos mencionar a personas que sufren caídas repetidamente por una condición física deteriorada debida a la edad, o a ciertas enfermedades.

Hay diversos tipos de contenciones mecánicas, y a los que se les da usos muy diferentes según sea el caso. Podríamos nombrar el bien conocido cinturón para silla de ruedas, pélvico o abdominal. Que es muy utilizado en geriatría y que aporta beneficios y tranquilidad, porque evita caídas y golpes. Parece que este tipo de sujeción se acepta bien por parte de la sociedad, ya que la mayoría de las personas lo ve como algo práctico y útil. Y, sin embargo, no deja de ser una contención mecánica (la persona está atada), incluso las barandillas protectoras en cama también son aceptadas. Ahora bien, la cosa cambia cuando nos referimos a las muñequeras, tobilleras o cinturón abdominal en cama. Este tipo de sujeciones son muy rechazadas.

5 Discusión-Conclusión

Las contenciones mecánicas utilizadas en sanidad sean del tipo que sean, son un recurso terapéutico por el que un facultativo optará cuando no haya otra forma de evitar daños y riesgos. Y como todo tratamiento tiene pros y contras.

No será nunca utilizado como castigo, ni por la comodidad de las personas que cuiden del paciente, y siempre será el último recurso, se optará primero por otras alternativas como pueden ser el abordaje verbal (si la persona en cuestión es capaz de comprender lo que se le dice) o la modificación del entorno (apartando todo lo que pueda suponer un riesgo).

No debemos confundir la contención mecánica, con la contención física. Porque esta última se refiere a un "cuerpo a cuerpo" donde no contaríamos con ningún dispositivo. Siempre es necesario un consentimiento informado, y si los tutores legales rechazan la propuesta, ellos asumirán las consecuencias y responsabilidades.

En última instancia, el facultativo podría solicitar una orden judicial ante la negativa de los tutores legales, si considerase que el paciente corre un grave peligro.

La contención mecánica es beneficiosa siempre y cuando se realice de forma adecuada y con un buen seguimiento. Para esto el equipo de profesionales debe estar formado y el material que se utilice debe ser homologado.

6 Bibliografía

1. <http://scielo.isciii.es>.
2. https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20221114/programa_paneles_poster.pdf.
3. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/manejo-de-las-sujecionesmecanicas-articulo-monografico/>.
4. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/casos-clinicosarticulos/contencion-mecanica/>.

Capítulo 94

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA LIMPIEZA DE APARATOS Y CARROS DE CURAS

MARGARITA CARRASCO BLASCO

MARIA DEL ROSARIO LADERO PACHECO

PATRICIA ÁLVAREZ GÓMEZ

CORAL SANCHEZ SANCHEZ

IRENE CAMINO LOZANO

1 Introducción

Es un dispositivo con ruedas y ligero de mover que por lo normal lleva dos o tres bandejas colocadas de forma paralela y en cada bandeja va colocado todo el material necesario para su fácil distinción, también lleva incorporado a uno de los laterales un pequeño departamento en el que se pone una bolsa de basura para ir tirando todo el material usado, por ello el carro de curas es un elemento móvil con el fin de poder trasladar todo el material que necesitamos para realizar curas tanto en un hospital, centros de salud o centros residenciales.

Como TCAE debemos conocer todos los aparatos e instrumental que vamos a utilizar para las curas junto al equipo de enfermería y médico los cuales se encargarán de realizar las curas, nuestra tarea como TCAE es conocer cada aparato e

instrumentos que se utilizan en las curas y procedimientos médicos y por lo que nos hace responsables de preparar todo en el carro, la limpieza, desinfectarlo y esterilizarlo y almacenar el instrumento para su siguiente uso.

Con ello, la desinfección de suelos y superficies también son muy importantes, como bien decimos la limpieza, desinfección y esterilización del instrumental y materiales utilizados día a día, y el lavado de manos, es lo primordial para evitar enfermedades.

Todo material que vaya a ser desinfectado o esterilizado se debe limpiar previamente para eliminar cualquier materia orgánica y otros residuos.

Utilizaremos agua con detergente recomendado, con ayuda de cepillos, estropajos y demás utensilios necesarios para despegar los residuos, posteriormente se aclara y se seca antes de su desinfección o esterilización.

Todo el material es delicado y muy costoso hay que tratarlo con delicadeza y cuidar mucho.

2 Objetivos

Exponer e indicar las funciones del personal del técnico de cuidados auxiliares de enfermería en la limpieza de aparatos y carros de curas.

3 Metodología

Para realizar este trabajo de investigación se han utilizado diferentes apuntes de estudio del GMTCAE y he visitado diferentes páginas en Google, con ello también se ha usado enciclopedias médicas y experiencias profesionales propias del día a día en mi trabajo como TCAE.

4 Resultados

El carro de curas de Enfermería no proporciona una agilidad y facilidad para el trabajo del equipo de Enfermería, puesto que van con el carro hacia donde quieran con todo el material e instrumental necesario para realizar su trabajo lo cual logran atender más rápido a cada paciente.

El carro de curas suele ser de un tamaño estándar para que una persona sola pueda moverlo sin problema.

Hay diferentes tipos de carros y de diferentes materiales, el más habitual está hecho de acero inoxidable por la resistencia que estos ofrecen, y por su fácil

limpieza.

En cada departamento o planta encontraremos un carro de curas para facilitar en cada momento el trabajo del equipo de enfermería y médico.

El carro de curas lo componen diferentes materiales y utensilios a continuación los detallaré brevemente;

- Gasas y apósitos de varios tamaños para cada tipo de herida.
- Vendas
- Algodón
- Paños estériles.
- Esparadrapo de varios tamaños.
- Suero fisiológico.
- Guantes estériles y no estériles de todas las tallas para todos los empleados.
- Puntos de sutura de diferentes tipos y tamaños.
- Jeringas desechables con diferentes tamaños.
- Agujas desechables con distintos tamaños.
- Bateas
- Antisépticos
- Medicamentos como las pomadas, anestésicos locales, etc.
- Sonda acanalada.
- Tijeras para realizar vendajes.
- Pinzas
- Bisturí

Nosotros como TCAE como bien hemos nombrado somos los encargados de limpiar y cargar todo el material necesario para cada turno y como todo, tenemos un protocolo a seguir, los pasos serán; lavado de manos y ponernos guantes, retirar la bolsa de basura que esté usada y todo lo que haya en el carro para limpiarlo todo el carro secar todo el carro después de su limpieza y una vez limpio y seco reponemos todo el material necesario para su uso.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión sabemos que el carro siempre tiene que mantenerse limpio y todo el material necesario repuesto para su próximo uso y que nosotros como TCAE somos los responsables de que eso sea así.

La limpieza hay que hacerla a diario para un buen uso de él, cuando el carro está limpio y preparado para su uso el equipo de enfermería avanza en su trabajo porque simplemente tendrá que coger el carro y proceder a realizar las curas, o si surge alguna urgencia también está preparado para ello.

A la hora de limpiarlo debemos limpiar desde la zona más limpia y terminar por la más sucia, siempre con guantes para evitar infecciones.

Una vez esté limpio y el material repuesto si no va a ser utilizado se guardará en el cuarto de almacén del equipo de enfermería.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/mantenimiento-carro-curas-tcae/>

<https://www.formacurae.es/wp-content/uploads/2019/12/TEMA12-LIMPIEZAMATERIAL-1.pdf>

Capítulo 95

ENFERMERIA Y LOS PACIENTES CON LIQUEN ESCLEROSO ES UNA DERMATOSIS INFLAMATORIA

MARTA CALDERÓN JIMÉNEZ

NIEVES FERNÁNDEZ TORRES

DANIEL MIGUEL FERNÁNDEZ-ROLDAN

NATALIA FERNANDEZ RAMIREZ

PATRICIA MARÍA SÁNCHEZ MARTÍN

1 Introducción

El liquen escleroso es una dermatosis inflamatoria crónica que afecta a la región anogenital en el 85-90% de los casos y que es 10 veces más frecuente en mujeres. Sin embargo, se trata de una patología infradiagnosticada a pesar de ser un motivo relativamente frecuente de consulta en mujeres postmenopáusicas. Esto puede deberse, por un lado, a la vergüenza que las propias pacientes tienen a la hora de consultar este tipo de cuestiones y, por otro, a la falta de manejo de los profesionales sanitarios y a la inespecificidad de sus síntomas.

La vulva, al igual que el resto de la piel del cuerpo humano, puede ser objeto de diversas afecciones dermatológicas: tumores, infecciones, cambios en la pigmentación, dermatosis inflamatorias, vulvodinias... Por lo que ha sido estudiada y tratada por múltiples especialistas (ginecólogos, urólogos, dermatólogos...). Esto,

junto con el hecho de que en ocasiones los síntomas son inespecíficos y las patologías pueden confundirse, ha provocado el uso de múltiples términos para designar la misma patología y ha dificultado un manejo uniforme de las dermatosis vulvares.

La International Society for the Study of Vulvovaginal Disease (ISSVD) se ha esforzado por conseguir unificar la terminología empleada para las afecciones vulvovaginales. Gracias a ella, podemos encuadrar al liquen escleroso, el liquen plano y el liquen simple crónico en las llamadas dermatosis vulvares inflamatorias.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es presentar un caso clínico típico de una mujer postmenopáusica con liquen escleroso para hacer una revisión del tema y enfatizar el manejo de esta patología, frecuente e infradiagnosticada.

3 Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 62 años que acude a la consulta de Ginecología derivada por su médico de Atención Primaria por prurito genital de larga data, que no ha mejorado a pesar de múltiples tratamientos tópicos pautados en su Centro de Salud: clotrimazol en óvulos y crema, clindamicina óvulos vaginales, decualinio óvulos vaginales y fluconazol oral.

Al realizar la anamnesis, nos encontramos ante una mujer de 62 años, menopáusica desde los 47 años, con obesidad grado I. Toma diariamente Losartán para su hipertensión y Eutirox 75 por su hipotiroidismo crónico. Como antecedentes quirúrgicos, destacan una amigdalectomía en su infancia y una cesárea. Niega alergias medicamentosas. Ha tenido 3 hijos.

Refiere prurito vulvar intenso, asociado a sensación de quemazón, de meses de evolución, que no ha mejorado con ninguno de los tratamientos descritos previamente. Además, nos confiesa que ha tardado mucho en consultar por vergüenza. Indagando en su historia, la paciente ha dejado de mantener relaciones sexuales con su pareja por dispareunia intensa, lo que ha deteriorado claramente su calidad de vida sexual. Está desesperada porque a veces la despierta por las noches y ya “no sabe qué más ponerse”.

A la exploración, llama la atención como la mayor parte de la piel de la región perianal se encuentra pálida y blanquecina, de aspecto atrófico, confluyendo en placas simétricas, que llegan a afectar a la zona inguinal y alcanzan piel perianal.

Hay pequeñas erosiones por rascado. Los labios menores están parcialmente borrados.

Todavía no hay afectación del capuchón del clítoris. La mucosa vaginal también presenta una atrofia moderada, aunque no se visualizan placas blanquecinas. El cérvix no presenta eritroplasia ni lesiones macroscópicas visibles. Por ecografía, el útero y los anejos son atróficos.

Ante la clínica y la exploración sugestiva, se realiza un diagnóstico preliminar de liquen escleroso vulvar y se inicia tratamiento con pomada de propionato de clobetasol al 0'05% en pauta descendente (una aplicación cada noche durante 1 mes, a noches alternas durante el segundo mes y a partir de entonces, la dosis mínima eficaz para permanecer asintomática). Damos cita para revisión a los 2 meses. La paciente refiere franca mejoría con el tratamiento pautado y constatamos dicha mejoría en la exploración, por lo que se confirma el diagnóstico de liquen escleroso y se explica detenidamente a la paciente en qué consiste la enfermedad y cómo debe manejar los brotes en domicilio. A los 6 meses del diagnóstico, acude a consulta asintomática. Hasta la fecha, siguen revisiones anuales de su patología para descartar su progresión a VIN o cáncer vulvar.

4 Discusión-Conclusión

El liquen escleroso es posiblemente la dermatopatía inflamatoria crónica más frecuente en la vulva y su síntoma principal, el prurito vulvar, uno de los principales motivos de consulta en Ginecología.

Su prevalencia real no se conoce, y aunque muy posiblemente esté infradiagnosticada, se cree que hasta un 3% de las mujeres adultas lo padecen. Sin embargo, no afecta únicamente a mujeres adultas. La incidencia de esta patología es bimodal, con un primer pico de incidencia en niñas pre-púberes y un segundo pico en mujeres peri y postmenopáusicas.

Su etiopatogenia sugiere un origen multifactorial, en la que contribuyen factores genéticos, inmunológicos, hormonales y diversas infecciones. De entre ellos, destacar su asociación con otras enfermedades autoinmunes (tiroideas, diabetes, alopecia areata, vitiligo, etc.) y con el hipoestrogenismo (ya que es una patología que aparece típicamente en mujeres postmenopáusicas y niñas prepúberes).

Histológicamente, los hallazgos varían en función del estadio en el que se encuentra la enfermedad. En etapas iniciales, podemos observar alteración en la unión dermo-epidérmica (con infiltrado linfocítico en la dermis papilar y pérdida de fibras de elásticas), hiperplasia psoriasiforme, engrosamiento de la membrana basal y epidermotropismo. En etapas más avanzadas, se constata una esclerosis

de la dermis papilar y una disminución del componente inflamatorio. Además, en contraposición a los hallazgos histológicos del liquen escleroso de afectación extragenital, en la vulva es habitual encontrar hiperqueratosis, hiperplasia epitelial y edema de la dermis papilar.

La clínica, igual que la histología, difiere según lo avanzada que esté la enfermedad. En etapas precoces, se aprecian placas blanquecinas de piel adelgazada y frágil, habitualmente simétricas, que pueden alcanzar los pliegues inguinales y la región perianal. Conforme progresa la esclerosis y la cicatrización, empiezan a producirse cambios estructurales en la vulva, con borramiento de los labios menores, fusión del capuchón del clítoris, liquenificación (engrosamiento de la epidermis con exageración de las líneas cutáneas normales) o estrechamiento del introito vaginal hasta su oclusión, incluyendo la uretra en los casos más avanzados. Además, la enfermedad mal controlada aumenta el riesgo de progresión a VIN de tipo diferenciado y a cáncer de vulva, lo cual, aunque es poco frecuente, sucede en el 2-5% de los casos.

El diagnóstico precoz es fundamental para evitar la progresión de la enfermedad y las graves secuelas que asocia en las etapas avanzadas. Se basa en la clínica y en el punch cutáneo como biopsia para estudio anatomopatológico en caso de dudas.

Dentro el diagnóstico diferencial, hay que plantear el liquen plano (que sí afecta a vagina), el liquen simple crónico (una hiperqueratosis por una irritación crónica de la piel), la dermatitis, el vitíligo (que no suele ser pruriginoso), la psoriasis (que suele presentar placas más eritematosas), el penfigoide muco-membranoso, la atrofia por déficit estrogénico, el VIN y el cáncer vulvar.

El tratamiento de primera línea es con corticoides tópicos de alta potencia (propionato de clobetasol al 0'05%) o de media-alta potencia (furoato de mometasona al

0'1%), habitualmente en pauta descendente (diarios el primer mes, a noches alternas el segundo mes y 2-3 veces en semana hasta alcanzar la dosis mínima eficaz). En segunda línea, nos encontramos los inhibidores de la calcineurina (crema de pimecrólimus al 1% o de tacrólimus al 0'1%, dos veces al día durante 3 meses).

En casos muy resistentes, el resto de alternativas tienen menos evidencia y hacen falta más estudios que demuestren su seguridad y eficacia a largo plazo. Se tratan de la terapia fotodinámica, la fototerapia, los retinoides, la vaporización con láser de CO₂, la cirugía y los corticoides intralesiones en placas hiperqueratósicas.

Como conclusión, decir que las dermatosis inflamatorias crónicas vulvares pueden llegar a suponer un reto diagnóstico para el clínico por la inespecificidad de sus síntomas; pero su frecuencia, su impacto en la calidad de vida de las

mujeres y su potencial secuelas deben motivarnos para que estas enfermedades no pasen desapercibidas y podamos dar una solución real a muchas mujeres que lo necesitan.

5 Bibliografía

1. Chi CC, Kirtschig G, Baldo M, Brackenbury F, Lewis F, Wojnarowska F. Topical interventions for genital lichen sclerosus. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 12. Art. No.: CD008240. DOI: 10.1002/14651858.CD008240.pub2. Accedida el 09 de abril de 2023.
2. Cooper S, Arnold S. Vulvar lichen sclerosus. Up to Date, may 2022.
3. AEPCC-Guía: Dermatitis inflamatoria de la vulva (liquen escleroso, liquen plano y liquen simple crónico). Coordinador: Andía D. Autores: Cararach M., Castro M., García A., Juliá M., Mascaró J.M., Quílez J.C., Ramírez M., Ramón y Cajal J. M. Revisores-editores: Torné A., del Pino M. Publicaciones AEPCC. 2016; pp: 1-52. ISBN: 978-84-617-6416-7.
4. Guerra A. Liquen escleroso. Actas Dermosifiliogr 2003;94(10):633-41.
5. International Society for the Study of the Vulvovaginal Disease. Vulvar Lichen Sclerosus. [Accesible en Internet en <https://www.issvd.org/resources/vulvarlichen-sclerosus>]

Capítulo 96

ENFERMERÍA Y LA INTOXICACIÓN ACCIDENTAL POR PARACETAMOL EN NIÑO DE 3 AÑOS

MARTA CALDERÓN JIMÉNEZ

NIEVES FERNÁNDEZ TORRES

DANIEL MIGUEL FERNÁNDEZ-ROLDAN

NATALIA FERNANDEZ RAMIREZ

PATRICIA MARÍA SÁNCHEZ MARTÍN

1 Introducción

La intoxicación por paracetamol es una de las intoxicaciones más frecuentes por fármacos en la edad pediátrica, ya que el paracetamol es uno de los medicamentos de venta libre más utilizados para el manejo del dolor y la fiebre en niños.

Sin embargo, una sobredosis de paracetamol puede ser potencialmente peligrosa y causar daño hepático grave o incluso la muerte. El paracetamol es un medicamento analgésico y antipirético que se utiliza comúnmente para el alivio del dolor y la reducción de la fiebre en niños y adultos. Se encuentra en muchos medicamentos de venta libre, como jarabes para la tos, medicamentos para el resfriado y la gripe, y analgésicos en forma de tabletas o cápsulas. El paracetamol está disponible en diferentes concentraciones y se administra en dosis basadas en la edad y el peso del paciente. La concentración sérica máxima se alcanza a la hora

con los comprimidos y a los 30 minutos con la solución. La metabolización de este fármaco es hepática excretándose posteriormente por orina. Dosis de paracetamol: 10-15mg/kg/día (máximo 4g/día o 90mg/kg/día). La dosis tóxica establecida son 200mg/kg/día en niños y 8 gramos/día en el adolescente. Estas concentraciones tóxicas pueden ser menores en caso de que exista patología previa o factores de riesgo asociados. La edad es uno de ellos considerándose la dosis tóxica en <2 meses de 75mg/kg. El paracetamol es hepatotóxico en dosis elevadas o si se toma durante un período prolongado. La intoxicación por paracetamol en niños puede ocurrir si se toma más de la dosis recomendada, si se toma varios medicamentos que contienen paracetamol simultáneamente, o si se toma paracetamol destinado a adultos en lugar de la dosis pediátrica adecuada.

El cuadro por intoxicación de paracetamol se ha dividido clásicamente en 4 fases

- Fase 1: Primeras 24 horas. El niño está asintomático o presenta síntomas digestivos como náuseas o vómitos. La analítica suele ser normal.
- Fase 2: 24-48 horas. Suelen desaparecer los síntomas y aparecer dolor a la palpación de hipocondrio derecho (palpación hepática). Se produce elevación transaminasas y bilirrubina. En ocasiones también de creatinina.
- Fase 3: 48-96 horas. Anorexia y náuseas y vómitos progresivos, síntomas de insuficiencia hepática y renal. Se produce el pico de alteraciones analíticas.
- Fase 4: 4 días-2 semanas. Evolución hacia el coma hepático o resolución del cuadro. Analíticamente se producen alteraciones progresivas o normalización.

2 Objetivos

Dar a conocer la intoxicación por un fármaco tan común en el uso doméstico como es el paracetamol, su forma de presentación, su diagnóstico y tratamiento.

3 Caso clínico

Niño de 3 años y 6 meses que acude al servicio de urgencias acompañado por su abuela, la cual refiere que el niño ha tomado un bote entero de paracetamol en jarabe. La ingesta se ha producido hace una media hora. Se trata de un niño sano, sin antecedentes médicos o quirúrgicos de interés, cuarto hijo de una familia de escaso nivel socio-cultural. Vacunado según calendario, presenta un adecuado neurodesarrollo adecuado. En el momento de su llegada a urgencias se encuentra asintomático, comenzando con vómitos y dolor abdominal durante su estancia en el hospital. Se interroga a la abuela sobre la cantidad estimada de la ingesta y se calcula una dosis 350mg/kg. Se realiza una exploración detallada por sistemas

siendo esta normal, el triángulo de valoración pediátrico estaba estable con unas constantes TA 90/50mmHg y temperatura 36,2°C normales. Se realiza a su llegada analítica sanguínea incluyendo hemograma, coagulación y bioquímica con función hepática, renal, ionograma y niveles del fármaco en sangre, siendo todos ellos normales con unos niveles de paracetamol en sangre a las 4 horas de la ingesta en rango de hepatotoxicidad según el normograma de Rumack-Matthew. Se lleva a cabo a su llegada descontaminación con carbón activado mediante sonda nasogástrica, ya que el tiempo desde la ingesta era corto.

Posteriormente se inicia el tratamiento con N-Acetilcisteína (NAC) intravenoso de forma precoz, ya que su máxima eficacia se produce cuando se usa en las primeras 8 horas de la intoxicación, empezando a 150mg/kg/dosis administrándose en 1 hora, posteriormente 50mg/kg/dosis en 4 horas y 100mg/kg/dosis en 16 horas. Se administra así mismo tratamiento antiemético para paliar los posibles vómitos. Se realizan durante su estancia controles analíticos seriados produciéndose elevación de transaminasas hasta 3 veces sus valores normales con resto de parámetros dentro del rango de la normalidad. Se realizan así mismo controles de niveles de paracetamol que van descendiendo paulatinamente. El paciente quedó asintomático a las 36 horas y se evidenció descenso de las cifras de transaminasas.

4 Discusión-Conclusión

El paracetamol es un fármaco de uso muy común pero cuya sobredosis tiene riesgos, por ello todo pediatra que asista un servicio de urgencias debe estar familiarizado con este cuadro. La sintomatología es muy inespecífica incluyendo náuseas, vómitos y mal estar general. Es importante recordar que la administración de carbón activado de forma precoz cuando la ingesta es muy reciente es beneficiosa así como la administración precoz de NAC si se detectan niveles tóxicos. No debe realizarse cuando estos niveles no lo sean, ya que no está exenta de complicaciones. En general, el pronóstico es bueno siendo solo un 2-5% de los pacientes los que desarrollan un fracaso hepático. Debemos recordar que el factor pronóstico más importante es el inicio de la NAC de forma tardía pasadas las primeras 8 horas.

5 Bibliografía

1. Martínez L, Quintillá JM, Molina E, Castanyer T, Barceló B, Valls A, et al. Estudio preliminar sobre la utilidad de la detección de paracetamol en orina para

descartar la ingesta del fármaco en pacientes pediátricos. *Emergencias*. 2012 (en prensa).

2. Puiguriguer J, Barceló B, Castanyer T, Nogué S. Assessing risk of liver toxicity in acute paracetamol intoxication when basing treatment on a Rumack-Matthew toxicity nomogram is not feasible. *Emergencias*. 2010; 22: 365-8.

3. Sandilands EA, Bateman DN. Adverse reactions associated with acetylcysteine. *Clin Toxicol (Phila)*. 2009; 47: 81-8.

49

4. Sztajnkrzyer MJ, Bond GR. Chronic acetaminophen overdosing in children: risk assessment and management. *Curr Opin Pediatr*. 2001; 13: 177-82.

5. Wallace CI, Dargan PI, Jones AL. Paracetamol overdose: an evidence based flowchart to guide management. *Emerg Med J*. 2002; 19: 202-5.

6. Wolf SJ, Heard K, Sloan EP, Jagoda AS; American College of Emergency Physicians. Clinical policy: critical issues in the management of patients presenting to the emergency department with acetaminophen overdose. *Ann Emerg Med*. 2007; 50: 292-313.

Capítulo 97

ENFERMERIA Y PACIENTE CON CORIOCARCINOMA TRAS GESTACIÓN INTRAUTERINA A TÉRMINO.

MARTA CALDERÓN JIMÉNEZ

NIEVES FERNÁNDEZ TORRES

DANIEL MIGUEL FERNÁNDEZ-ROLDAN

NATALIA FERNANDEZ RAMIREZ

PATRICIA MARÍA SÁNCHEZ MARTÍN

1 Introducción

La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) comprende un grupo heterogéneo de trastornos que se caracterizan por el crecimiento y desarrollo anormal del trofoblasto de la placenta después de una fertilización anormal. La patogénesis de la enfermedad trofoblástica gestacional es única, porque las lesiones maternas surgen del tejido fetal, no materno.

Esta enfermedad suele ser de buen pronóstico y su potencial agresivo se debe a su capacidad de invasión y persistencia. Los trastornos que incluyen esta patología son las lesiones trofoblásticas benignas no neoplásicas (Reacción exagerada del lecho placentario, nódulo y placas en el lecho placentario), la gestación molar

(mola hidatiforme completa, parcial e invasiva) y la neoplasia trofoblástica gestacional (Coriocarcinoma, Tumor trofoblástico del sitio placentario (TTSP), Tumor trofoblástico epitelioides (TTE)). La neoplasia trofoblástica gestacional (NTG) se caracteriza por su potencial de invasión local y capacidad de producir metástasis a distancia. La neoplasia trofoblástica gestacional puede aparecer tras una mola, aborto, embarazo ectópico, gestación intrauterina pretérmino o a término.

El diagnóstico diferencial por los hallazgos clínicos puede ser difícil en una paciente con niveles elevados de gonadotropina coriónica humana (BhCG) sérica con lesión ocupante de espacio en el útero cuando se realiza una exploración ecográfica, por lo tanto, la histología es necesaria para el diagnóstico definitivo.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es presentar el caso clínico de una de las posibles formas de debutar en una neoplasia trofoblástica gestacional y de esta forma conocer la posibilidad de esta particular patología oncológica en un contexto tan fisiológico como es tras la gestación a término.

3 Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 28 años que acude al servicio de urgencias en reiteradas ocasiones por metrorragia en cantidad como regla. Como antecedente médico-quirúrgico de interés, un mes antes realizada una cesárea urgente por riesgo de pérdida de bienestar fetal.

Acude a urgencias por cuarta vez, aunque ahora por metrorragia en cantidad mayor a regla. Se realiza nueva anamnesis completa. A la exploración, abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación profunda ni superficial y útero en ante, no doloroso a la movilización cervical, fosas anexiales libres. Mediante especuloscopia se observa metrorragia mayor que regla procedente de cavidad. No se consigue visualizar cérvix uterino por salida de numerosos coágulos. Con la ecografía transvaginal se evidencia útero en ante de tamaño acorde a puerperio con endometrio de 11 mm y en cara posterior formación hiperrefrigente de 15 mm compatible con mioma submucoso- pólipo. Se decide ingreso con diagnóstico de metrorragia y se administra antifibrinolítico y sueroterapia intravenosa, solicitando hemograma y coagulación urgente. Paciente hemodinámicamente estable. La evolución en planta fue favorable con metrorragia menor que regla y analítica sanguínea con Hemoglobina de 10.7gr/dL y hematocrito de 33.4%. Se decide alta

hospitalaria al segundo día con hierro oral y posterior control en consulta externa de ginecología.

La paciente requiere nuevo ingreso en el mismo día por el mismo motivo. Misma exploración y similar imagen ecográfica. Se decide legrado quirúrgico puerperal por metrorragia persistente. Se comprueba posteriormente al procedimiento mediante ecografía abdominal, endometrio fino y homogéneo. Se procede al alta el mismo día con sospecha de pólipo endometrial resecado mediante legra.

Nuevo ingreso de nuevo a los 15 días por metrorragia mayor que regla. Al ingreso, se consulta resultado de anatomía patológica de legrado puerperal compatible con Coriocarcinoma. Se decide ingreso para control de sangrado, tratamiento antifibrinolítico endovenoso e iniciar estudio de extensión. En la ecografía transvaginal se visualiza endometrio heterogéneo de 29 mm. Se solicita BhCG con resultado de 226.411 UI/L. En el TAC Toraco-abdómino-pélvico se describe nódulo de 5.5 mm en lóbulo medio pulmonar sugerente de metástasis pulmonar. La RNM pélvica describe lesión nodular y heterogénea de 5x4 cm en fondo entre miometrio y endometrio sin invasión fuera del útero. Ante hallazgo de metástasis pulmonares se completa estudio en extensión con RNM cerebral sin lesiones sugerentes. Se presenta el caso clínico en comité oncológico y se inicia tratamiento quimioterápico. Se da de alta tras 10 días de ingreso con diagnóstico de neoplasia trofoblástica gestacional de alto riesgo, FIGO III; FIGO SCORE 8.

Actualmente en seguimiento por oncología médica. Finalizada poliquimioterapia EMA-CO 7 ciclos más terapia de consolidación con buena respuesta. Controles posteriores con resultados en rango normal en analítica de sangre general y en marcadores tumorales. Pruebas de imagen para estudio en extensión sin hallazgos patológicos y control seriado con BhCG < 0.1 a los 8 meses. Revisión ginecológica concomitante en consulta de oncología ginecológica a los 8 meses y medio, estando la paciente asintomática con citología y biopsia de endometrio negativas y con ecografía transvaginal y abdominal con endometrio de 7 mm sin otros hallazgos.

4 Discusión-Conclusión

La mola hidatiforme y la neoplasia trofoblástica gestacional se originan a partir del trofoblasto placentario que está compuesto por citotrofoblasto, sincitiotrofoblasto y trofoblasto intermedio. El sincitiotrofoblasto invade el estroma endometrial en el momento de la implantación del blastocisto y es el tipo celular que produce la gonadotrofina coriónica humana (hCG). El citotrofoblasto juega

un papel destacado en la formación de vellosidades coriónicas. Por otro lado, el trofoblasto intermedio se localiza en las vellosidades, el lecho de implantación y el saco coriónico. Todos estos tipos de trofoblasto pueden dar origen a una enfermedad trofoblástica gestacional cuando proliferan.

Se debe tener presente la posibilidad de neoplasia trofoblástica gestacional ante diferentes escenarios clínicos, ya que puede aparecer tras una mola, aborto, embarazo ectópico, gestación intrauterina pretérmino o a término.

La mayoría de las enfermedades trofoblásticas son molas hidatiformes (80%), 15% son molas hidatiformes invasivas y 5% son Coriocarcinomas. La estimación precisa de la incidencia de enfermedad trofoblástica gestacional es difícil de establecer porque hay registrados pocos casos, por la existencia de discordancia en la recogida de datos, y a que existen importantes variaciones entre diferentes áreas geográficas del mundo. La incidencia de la enfermedad trofoblástica gestacional después de una gestación no molar es de 2-7 por 100.000 embarazos.

En el caso concreto del coriocarcinoma suele aparecer en periodo reproductivo hacia los 30 años, suele estar precedido de una gestación a término o de mola hidatiforme completa. Es un tumor circunscrito o bien infiltrativo y hemorrágico, localizado generalmente en el cuerpo uterino de carácter invasivo, con atipia citológica intensa y necrosis extensa. Presenta un comportamiento clínico agresivo si no se trata, aunque curable en la mayoría de los pacientes tras tratamiento médico quimioterápico.

5 Bibliografía

1. Barber EL, Soper JT. Gestational trophoblastic disease. In Disaria PJ, Creasman. WT Mannel RS, Mc Meeking S, Mutch DG (eds). Clinica Gynecological Oncology 9th edition; Ed Elsevier 2018; Chap 7:163-89.
2. Brown J, Naumann RW, Seckl MJ, Schink J. 15 years of progress in gestational trophoblastic disease: scoring, standardization, and salvage. Gynecol Oncol. 2017; 144:200-7.
3. Smith HO. Gestational trophoblastic disease epidemiology and trends. Clin Obstet Gynecol. 2003;46:541-56.
4. Kurman RJ, Carcangiu ML, Herrington CS, Young RH. WHO Classification of Tumors of Female Genital Reproductive Organs. 4th edition. (IARC, ed.). Lyon; 2014. 54.
5. Hui P. Gestational Trophoblastic Tumors: A timely Review of Diagnostic

Pathology. Arch Pathol Lab Med. November 2018.doi: 10.5858/arpa.2018-0234-RA.

Capítulo 98

BENEFICIOS DE LA VACUNACIÓN INFANTIL EN LA PREVENCIÓN DE LA MENINGITIS

ESTHER CASTELLANOS IZQUIERDO

1 Introducción

Algunas enfermedades como la meningitis pediátrica han generado un serio problema de salud pública debido a su gravedad, constituyendo una causa importante de mortalidad y morbilidad en esta población a nivel mundial. La meningitis es un síndrome clínico ocasionado por bacterias, virus, parásitos, hongos o agentes químicos que ocasionan una inflamación de las meninges y líquido cefalorraquídeo que rodean al cerebro y la médula espinal. (1)

La aparición de esta patología depende de varios factores como el agente causante, la edad de la persona, así como su inmunidad. Por ello, la meningitis puede ser principalmente por causa viral o bacteriana. (2) Según la Sociedad Española de Neurología estima que cada año se diagnostican en España alrededor de 1000 casos de meningitis, de los cuales el 20% presenta meningitis bacteriana teniendo altas tasas de mortalidad o secuelas a largo plazo. (3)

La población más susceptible a esta enfermedad son los niños menores de 5 años. Los síntomas iniciales para ambos tipos de meningitis son similares a las infecciones víricas tales como la fiebre, dolor de cabeza, o vómitos. Sin embargo, se debe prestar atención a los síntomas como convulsiones, manchas en la piel o rigidez del cuello, ya que puede ser una forma grave de meningitis y requiera atención urgente. (3)

Los avances de la medicina han permitido paliar este tipo de enfermedades. La vacuna, definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “cualquier preparación destinada a generar inmunidad contra una enfermedad estimulando la producción de anticuerpos”, (4) ha demostrado reducir de manera eficaz la mortalidad, los efectos secundarios de las enfermedades, así como su gravedad. (5)

Por ello, las políticas de salud públicas defienden la vacunación como un método crucial para prevenir la aparición de enfermedades infecciosas. En los últimos años, Europa ha conseguido una cobertura de vacunación infantil del 95%. (6) En España, las últimas vacunas incorporadas por el Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría al calendario de vacunación han sido la vacuna antigripal de 6 a 59 meses de edad, así como la vacuna para el COVID-19. (7) A través de este capítulo se identificarán los beneficios de la vacunación contra la meningitis en la población infantil, así como los protocolos de vacunación y los posibles efectos secundarios de dichas vacunas.

2 Objetivos

- Identificar qué beneficios produce la vacunación infantil ante la prevención de la meningitis en esta población.
- Conocer los protocolos de vacunación contra la meningitis en la población infantil.
- Describir los posibles efectos secundarios derivados de la vacuna contra la meningitis en esta población.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha realizado un estudio de investigación, concretamente una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente en los beneficios de la vacunación infantil en la prevención de la meningitis. Para ello, se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica de recursos científicos en las siguientes bases de datos: Pubmed, Medline, y Scholar Google. Una vez realizada la búsqueda se han incluido artículos científicos y trabajos de investigación procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En 2022 se ha recomendado la vacunación sistémica frente a la meningitis B en lactantes a partir de los 2 meses de edad, utilizando una pauta de 2+1. Se recomienda administrar la vacuna meningococo C conjugada con toxoide tetánico (MenC-TT) a los 4 meses de edad y administrar la vacuna tetravalente meningocócica (MenACWY) a los 12 meses de edad. En España, existen dos vacunas para la prevención de la meningitis B, 4CMenB (a partir de dos meses de edad) y MenB-fHbp (a partir de 10 años). (7, 8)

La vacuna 4CMenB ha demostrado su eficacia en diferentes países de la Unión Europea. En Reino Unido se produjo una reducción del 75% en el número de casos esperados, estimándose unos 277 casos menos. La efectividad se observó también en países como Italia, siendo la reducción de los casos entre el 91-93%. Tras ser incluida en Portugal en 2020 se estimó una efectividad del 79%. Por este motivo, el último calendario de vacunación infantil en España siguiendo las recomendaciones de 2022 reiteran incluir 4CMenB como vacuna para la prevención de esta enfermedad administrando una pauta 2+1 iniciándose a los 2 meses de edad. (7)

A pesar de que, en España, no se han realizado análisis de coste-efectividad la Asociación Española de Pediatría estimó que entre 2007-2012 hubo una efectividad potencial del 69%. Por lo que, la vacuna podría prevenir en los próximos 5 años de 630 casos en nuestro país. (9)

Una de las últimas revisiones publicada en 2023 concuerda que la vacuna 4CMenB administrada en niños es segura, no reportándose interferencias con la inoculación de otras vacunas como la del tétanos o hepatitis B. (10) Además, se ha evaluado la reacción de esta vacuna junto con la coadministración de otras vacunas infantiles. Los resultados mostraron que las únicas reacciones observadas fueron dolor local, fiebre e irritabilidad. En ese sentido, varios estudios han observado una mayor reacción cuando se administra la vacuna 4CMenB conjuntamente comparado cuando se inyecta por separado, ya que pueden dar lugar a tasas de fiebre más elevadas >38°. (11, 12)

5 Discusión-Conclusión

La vacunación infantil ha demostrado una efectividad entre el 75-93% en la reducción de los casos de meningitis en diferentes países de la Unión Europea. Con respecto a España se estimó una efectividad potencial del 69% entre 2007-2012, calculando una prevención de los casos a largo plazo (próximos 5 años) de 630 casos en nuestro país. Sin embargo, se necesitan más estudios de coste-efectividad en

España para conocer con más exactitud estas cifras. El protocolo de vacunación para la prevención de esta enfermedad en España es la 4CMenB administrándose con la pauta 2+1 iniciándose a los 2 meses de edad. Esta pauta de vacunación ha demostrado su eficacia y seguridad en esta población, observándose como principales reacciones leves la aparición de fiebre, irritación o dolor en la zona. Además, se ha demostrado también su seguridad para ser administrada conjuntamente a otras vacunas infantiles.

6 Bibliografía

- 1.Organización mundial de la salud. Meningitis [internet] 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/meningococcal-meningitis>
- 2.Agrawal S, Nadel S. Acute Bacterial Meningitis in Infants and Children. *Pediatr Drugs*. 2011;16.
- 3.Sociedad Española de Neurología. La mayor parte de los microorganismos que causan meningitis bacteriana en España disponen de vacuna para su prevención. Disponible: <https://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link269.pdf>
- 4.Organización Mundial de la Salud. Vacunas. Available at: <https://www.who.int/topics/vaccines/es/>.
- 5.Wilde BB, Park DJ. Immunizations. *Prim Care* 2019 Mar;46(1):53-68.
- 6.Bechini A, Boccalini S, Ninci A, Zanobini P, Sartor G, Bonaccorsi G, Grazzini M, Bonanni P. Childhood vaccination coverage in Europe: impact of different public health policies. *Expert Rev Vaccines*. 2019 Jul;18(7):693-701. doi: 10.1080/14760584.2019.1639502.
- 7.García, F. J. Á., Ortega, M. J. C., Aldeán, J. Á., Garcés-Sánchez, M., Llanos, E. G., de Arce, A. I., & Marchuet, P. S. Calendario de vacunaciones de la Asociación Española de Pediatría: Recomendaciones 2022. In *Anales de Pediatría*, 2022. Vol. 96, No. 1, pp. 59-e1. Elsevier Doyma.
- 8.McMillan, M., Chandrakumar, A., Wang, H.L., Clarke, M., Sullivan, T.R., Andrews R.M. Effectiveness of meningococcal vaccines at reducing invasive meningococcal disease and pharyngeal *Neisseria meningitidis* carriage: a systematic review and meta-analysis. *Clin Infect Dis.*, 2021. 73, pp. e609-e619.
- 9.Delgado, M., Domínguez, A. Pros y contras de la vacunación frente a la enfermedad por meningococo B. *Seminario Médico*. 2021. 63, 85-94.
- 10.Abitbol V, Sohn WY, Horn M, Safadi MAP. Safety and immunogenicity of co-administered meningococcal serogroup B (4CMenB) vaccine: A

literature review. *Hum Vaccin Immunother*. 2023 Aug 1;19(2):2245705. doi: 10.1080/21645515.2023.2245705.

11.Zafack JG, Bureau A, Skowronski DM, De Serres G. Adverse events following immunisation with four-component meningococcal serogroup B vaccine (4CMenB): interaction with co-administration of routine infant vaccines and risk of recurrence in European randomised controlled trials. *BMJ Open*. 2019;9(5):e026953. doi: 10.1136/bmjopen-2018-026953.

12.Macias Parra M, Gentile A, Vazquez Narvaez JA, Capdevila A, Minguez A, Carrascal M, Willemsen A, Bhusal C, Toneatto D. Immunogenicity and safety of the 4CMenB and MenACWY-CRM meningococcal vaccines administered concomitantly in infants: a phase 3b, randomized controlled trial. *Vaccine*. 2018;36(50):7609–17. doi: 10.1016/j.vaccine.2018.10.096.

Capítulo 99

CUIDADOS EN CEFALEA POST-EPIDURAL

ANA NIETO CARRETERO

MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ PINA

1 Introducción

La cefalea es una sensación dolorosa o molestia en la región de la cabeza, que puede variar en intensidad, duración y ubicación. Las cefaleas son un síntoma común y pueden tener muchas causas diferentes, que van desde tensiones musculares y migrañas hasta problemas de salud más graves, como trastornos neurológicos o enfermedades sistémicas.

Existen varios tipos de cefaleas, que se pueden clasificar en función de sus características clínicas, las cefaleas tensionales, que son causadas por el estrés y la tensión muscular en la cabeza y el cuello. Pueden sentirse como una presión constante o una banda apretada alrededor de la cabeza; las migrañas, que suelen acompañarse de síntomas como náuseas y sensibilidad a la luz; las cefaleas en racimos, que causan dolor intenso y recurrente en un lado de la cabeza; y las cefaleas secundarias, que son causadas por otras condiciones médicas. Cada tipo de cefalea tiene características diferentes y pueden requerir planteamientos diferentes de tratamiento.

La anestesia epidural es una técnica anestésica que consiste en la administración de anestesia local o analgésicos en el espacio epidural de la columna vertebral. El espacio epidural se encuentra fuera de la duramadre (una membrana que rodea la médula espinal) y contiene nervios y vasos sanguíneos. La anestesia epidural se

utiliza para bloquear la sensación de dolor en una zona específica del cuerpo, normalmente la parte inferior del cuerpo, como el trabajo de parto o ciertas cirugías. Se administra a través de una aguja o un catéter colocado en el espacio epidural y puede proporcionar una mejoría eficaz y constante del dolor, sin causarle al paciente una pérdida de conciencia general.

La cefalea post-epidural es un tipo de dolor de cabeza que puede ocurrir después de recibir una anestesia epidural o una punción lumbar. Esta afección es conocida como "cefalea post-punción dural" (CPPD) y es causada por una fuga de líquido cefalorraquídeo a través de un agujero en la duramadre debido a la inserción de una aguja en el espacio epidural o lumbar. Las principales características de la cefalea post-epidural son un dolor de cabeza intenso que empeora estando de pie y mejora al estar tumbado, normalmente se localiza en la parte frontal o en la parte posterior de la cabeza; otros síntomas pueden ser náuseas, vómitos, sensibilidad a la luz y al ruido. La cefalea post-epidural suele comenzar dentro de las primeras 48 horas después de la inserción de la aguja.

2 Objetivos

Explicar en qué consiste la cefalea post-epidural y cómo se realiza su tratamiento.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica en la literatura científica existente y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Scielo y Google académico, seleccionando artículos científicos con los contenidos relacionados con el capítulo.

4 Resultados

Los cuidados post-epidural son importantes para garantizar una recuperación segura y efectiva después de la administración de una epidural. Los cuidados más comunes post-epidural son:

La monitorización continua, después de la administración de una epidural, es común que se monitorice de cerca. Esto incluye la medición regular de la presión arterial, el pulso y la saturación de oxígeno. Esto es especialmente importante si se utiliza durante el trabajo de parto.

Se recomendará cambiar de posición regularmente para prevenir complicaciones, como la presión arterial baja. Si se dificulta moverse debido a la pérdida de sensación, el personal de enfermería ayudará a hacerlo.

Los efectos secundarios más comunes son dolor de cabeza, náuseas, mareos, dificultad para orinar o cualquier reacción alérgica.

Administrar líquidos intravenosos para mantener una presión arterial adecuada y una hidratación adecuada.

La epidural suele proporcionar alivio del dolor, pero es posible sentir entumecimiento o debilidad en las extremidades. Dependiendo de la razón de la epidural, se pueden administrar analgésicos adicionales si es necesario.

Si la epidural se usa para aliviar el dolor crónico de espalda, es importante hacer un seguimiento con el médico para evaluar la eficacia del procedimiento.

Después de una epidural, se puede recomendar el reposo durante un período de tiempo, especialmente si se usa durante el trabajo de parto. Esto permitirá que el medicamento haga efecto y que los efectos secundarios disminuyan. Cuando se permita levantarse, hacerlo con ayuda para prevenir caídas. La debilidad temporal o el entumecimiento pueden hacer que sea difícil moverse de manera segura.

Puede haber dificultades para orinar después de una epidural, si es necesario, se utiliza una sonda para vaciar la vejiga.

Los cuidados post-epidurales pueden variar según las circunstancias individuales.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados post-epidural pueden variar de una persona a otra y dependen de varios factores, incluyendo el motivo por el que se administró la epidural y la respuesta individual al procedimiento. En general, la epidural se utiliza comúnmente para aliviar el dolor durante el parto o para tratar el dolor crónico de espalda. Los resultados típicos pueden incluir:

Aliviar el dolor, en muchos casos, la epidural proporciona un alivio efectivo del dolor durante el trabajo del parto o en situaciones de dolor crónico de espalda.

La epidural puede causar una pérdida temporal de la sensación en la parte inferior del cuerpo o en el área donde se administra.

Pueden ocurrir efectos secundarios, como presión arterial baja, dificultad para orinar, dolor de cabeza postpunción (punción accidental de la duramadre), entre otros.

La duración del alivio del dolor varía según la cantidad y tipo de medicación administrada. Puede durar desde unas pocas horas hasta varios días.

6 Bibliografía

1. Sociedad Internacional de Dolor de Cabeza. (2018). Clasificación internacional de las cefaleas, tercera edición. *Cefalalgia*, 38(1), 1-211.
2. Smith AB, Johnson CD. Nuevos conocimientos sobre la fisiopatología de la migraña. *Dolor de cabeza*. 2019; 59(8): 1123
3. Smith J, Johnson C. Anestesia epidural: una descripción general completa. *J Anesth*. 2020; 32(5): 789-802.

Capítulo 100

CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN BRONQUIOLITIS PEDIÁTRICA

MARTA ABAD ABELLÁN

GEMMA MARÍA DONADO RUBIO DE LA TORRE

MÓNICA CARVALHO RIBEIRO ALVITES

SARA LUQUE MILLÓN

MARÍA LEONOR LOZANO MARTÍNEZ

1 Introducción

El término "bronquiolitis" se refiere a una infección del tracto respiratorio inferior, generalmente provocada por el virus respiratorio sincitial (VRS), un miembro de la familia Paramyxoviridae.

Los bebés, que representan el 18% de los ingresos hospitalarios durante los dos primeros años de vida, especialmente entre noviembre y febrero, son los pacientes que más padecen esta patología, mientras que en los adultos se puede clasificar simplemente como un resfriado invernal.

Con un periodo de incubación de entre 4 y 6 días, es una enfermedad altamente contagiosa que se transmite a través de secreciones respiratorias.

Cuando se manifiesta por primera vez, a los 24 años, los síntomas del tracto respiratorio superior incluyen rinorrea, estornudos y tos, junto con o sin fiebre leve.

La verdadera dificultad respiratoria aparece horas después del inicio y ocasionalmente, especialmente en bebés menores de un mes, se agrega apnea. En este punto, los padres llevan a su bebé a la sala de emergencias donde lo retiran.

Alivio de los síntomas mediante el ingreso.

Durante la exploración física nos centraremos en la taquipnea del niño (más de 60 respiraciones por minuto), que indica un aumento del trabajo respiratorio y tiraje intercostal, la saturación de oxígeno en el aire ambiente disminuirá frecuentemente (entre un 90 y un 95 por ciento), y notaremos una cierta irritabilidad desconsolada del niño; En la entrevista con sus padres, frecuentemente nos dicen eso han observado una disminución del apetito o incluso un rechazo a la comida. Al solicitar el ingreso en planta o UCIP (Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos), se evaluará mediante escalas como la escala SCORE.

2 Objetivos

Aumentar la comprensión del papel del personal de enfermería en el ámbito hospitalario y su tratamiento de la bronquitis pediátrica.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha elegido una revisión bibliográfica respaldada por citas de numerosos libros y publicaciones de la Asociación Española de Pediatría, así como de artículos y de la reconocida biblioteca de enfermería "Enferteca" especialmente de Pubmed, de donde elegimos los artículos más pertinentes en relación con la temática de este capítulo.

4 Resultados

A la hora de hablar del tratamiento de la bronquiolitis diferenciaremos entre medidas no farmacológicas (que se aplicarán tanto en casa por los padres si no es necesario el ingreso hospitalario, como en el hospital) y el tratamiento propiamente dicho basado en la administración de fármacos.

Centrándonos en el primero, el lavado y aspiración de secreciones nasales, que se realizará tantas veces como sea necesario (si se observan signos) con suero fisiológico, será uno de los más cruciales y que mayor alivio aportará al lactante. Si el menor está en casa y no tolera bien las tomas, se le ofrecerán cantidades menores en tiempos más cortos. Esto también es válido antes de cada toma (en

caso de obstrucción de las vías respiratorias superiores). Se decidirá colocar sonda nasogástrica si el niño ingresa y se tiene en cuenta una pérdida de peso importante. para alimentación enteral; Por último, mantendremos la cuna con el cabecero de la cama elevado unos 30 grados para ayudar a la respiración y la movilización de secreciones.

Si hay fiebre se administrarán antipiréticos y se administrará oxígeno a través de gafas nasales o mascarilla para mantener el nivel de saturación de oxígeno por encima del 92 por ciento (siempre que se alcance la saturación antes mencionada y se observe una mejora notable en el patrón respiratorio). No se menciona el uso de ningún otro tipo de medicación, como antibióticos, broncodilatadores o corticoides. El dispositivo de oxigenoterapia se desconectará para favorecer la mejora de la autonomía del lactante. Ya que no se ha demostrado que sean efectivos en esta patología con datos cuantificables.

La atención varía dependiendo de las necesidades del menor luego del ingreso a la UCIP. El menor seguirá siendo monitorizado (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y pulsioximetría), permitiendo un control mucho más exhaustivo y específico. Se canalizarán una variedad de rutas para evaluar objetivamente la mejoría o el deterioro clínico para la alimentación se utilizará sonda nasogástrica o alimentación parenteral; se utilizará oxigenoterapia de alto flujo como soporte respiratorio; y acceso venoso para administrar líquidos para prevenir la deshidratación.

Se utilizará CPAP e intubación si es necesario, utilizándose esta última si el uso previo de CPAP o BIPAP va seguido de un aumento de la dificultad respiratoria, una disminución del nivel de conciencia y una serie de apneas.

5 Discusión-Conclusión

La bronquiolitis infantil es sin duda una de las patologías más prevalentes en estas edades y una de las que mayores afectaciones tiene sobre el sistema respiratorio. Se caracteriza por una variedad de síntomas que dependen de las características del niño (como es típico en estas edades).) y sus predecesores.

En general, se debe asesorar a los padres; una idea sería en clases premamá, respecto a la prevención y cuidados de esta enfermedad, así como las técnicas más importantes que se llevan a cabo, como el lavado y aspirado. Para facilitar la eliminación, incline la cuna treinta grados y colóquela en el conducto nasal la mucosidad se libera rápidamente y las secreciones se movilizan más fácilmente. Fomentar una entrevista tranquila con los padres o tutores legales del menor como broche final porque aporta mucha información y es una buena forma de

normalizar la patología y tranquilizar a los implicados.

En cuanto a calmar su irritabilidad, se lo pueden transmitir a su hijo, lo que le ayudará a mejorar en cuanto a su salud respiratoria.

6 Bibliografía

1. Orthomyxoviridae I, Arn O, Picornaviridae R, Aren R, Adenoviridae A. INTRODUCCIÓN (Internet). Aeped.es.

Capítulo 101

MANEJO DE LA MEDICACIÓN VÍA SUBCUTÁNEA E INFUSORES POR ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA DEL PACIENTE TERMINAL

MARTA ABAD ABELLÁN

MARÍA LEONOR LOZANO MARTÍNEZ

SARA LUQUE MILLÓN

GEMMA MARÍA DONADO RUBIO DE LA TORRE

MÓNICA CARVALHO RIBEIRO ALVITES

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una enfermedad terminal es aquella que generalmente resulta en la muerte en un período de tiempo variable y no tiene un tratamiento curativo específico ni capacidad de posponer la progresión menos de seis meses, con una evolución progresiva y síntomas intensos, multifactoriales y cambiantes que dañan física y mentalmente al paciente y a su familia.

El paciente necesita asistencia sanitaria de alta calidad en una situación complicada, siendo la máxima prioridad una atención individualizada y adaptada a sus

necesidades específicas. Se trata de preservar un confort efectivo a través de las unidades de cuidados paliativos de cada área de salud, se puede atender a personas con dolor.

Solo el 14% de los 40 millones de personas que necesitan cuidados paliativos cada año los reciben. Es necesario abogar por políticas universales de atención sanitaria en las sociedades contemporáneas donde la esperanza de vida está aumentando. Estas políticas deberían ser independientes de las circunstancias sociales y económicas del paciente y también deberían incluir planes sobre cómo las naciones menos desarrolladas pueden acceder a ellas.

Tanto el personal adecuado como los analgésicos y los medicamentos opiáceos escasean en las zonas donde se encuentran los recursos más básicos.

Dado que el dolor es el síntoma más frecuente en pacientes paliativos y que estos medicamentos son cruciales, según la OMS, garantizar su accesibilidad es fundamental.

Según esta organización, los cuidados paliativos son un enfoque que "mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias que enfrentan los problemas asociados con enfermedades potencialmente mortales, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana, y una evaluación y tratamiento impecables del dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales".

Está disponible para enfermedades crónicas, avanzadas o irreversibles, tanto oncológicas como no oncológicas.

Según los estudios más recientes de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), colaboradora del Atlas de los Cuidados en Europa 2019, aproximadamente 4 millones de personas en Europa mueren cada año con un alto grado de sufrimiento, y en España, 228.000 personas. Cada año mueren personas que necesitan cuidados paliativos, pero solo 80.000 de ellos los reciben. Teniendo en cuenta que se prevé que el 50% de las personas los necesitarán, es una proporción muy insuficiente.

En las unidades de cuidados paliativos, donde dichos cuidados se establecen en el domicilio en la práctica clínica, actualmente se forman equipos de atención humana gracias a la atención primaria en los centros de salud. Además, debido al aumento de las muertes hospitalarias, se contarán con unidades de atención especializada integradas por profesionales médicos que brindarán atención multidisciplinaria a través de una amplia gama de servicios de calidad, seguridad, asistencia y eficiencia. Todo ello está cubierto por la Estrategia de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud.

2 Objetivos

Describir los beneficios y administración de los tratamientos de cuidados paliativos domiciliarios mediante infusores y vía subcutánea por el personal de enfermería.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica realizando una revisión sistemática de la literatura en las bases de datos y motores de búsqueda más reputados, incluidos PubMed, Elsevier, Scielo, Cuiden y la Biblioteca Cochrane, y se han revisado guías y protocolos para el manejo de técnicas de acceso subcutáneo para el tratamiento y control del dolor.

Se han seleccionado los artículos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Cuando se administran tratamientos a pacientes terminales que necesitan cuidados paliativos y no pueden tomar medicamentos por vía oral debido a náuseas, vómitos, disfagia o intolerancia a los medicamentos orales, la inyección subcutánea es el método preferido.

Es el método preferido porque aumenta la eficacia de los tratamientos:.

- Disminuye la aparición de efectos negativos de los medicamentos.
- Es fundamental para mantener una buena biodisponibilidad en el organismo mediante una administración controlada, gradual y continuada.
- Útil en situaciones donde la comodidad del paciente es la principal prioridad, como cuando las alteraciones neurológicas se presentan como inconsciencia, confusión o agonía.
- Se pueden tomar combinaciones de varios medicamentos para producir un efecto sinérgico.

Es una técnica muy sencilla con la que el paciente y su familia no tienen problemas.

- Alto nivel de seguridad.

Al utilizar dosis comparables, descubriremos un efecto de inicio ligeramente más lento que el de la vía intravenosa, pero muy similar al de la vía intramuscular, a excepción de morfina y haloperidol, que será la mitad de la dosis indicada, a los que administremos por vía oral.

Se accederá a las zonas infraclaviculares, en su mitad externa, y allí se colocará una vía subcutánea, región externa del brazo en deltoides, abdomen y muslos, evitando la línea media, aunque es menos utilizado. Hay que evitar las zonas de pliegue, senos, piel de difícil acceso y piel del cuerpo.

Emplearemos un tipo particular de infusor dependiendo del tipo de tratamiento. Se consigue un efecto constante mediante la administración continua a través de:

- Podemos controlarlo con bombas de infusión continua electrónicas portátiles, aunque poder cometer errores en relación con su ritmo de gestión y programación es un inconveniente.
- Administración continua a través de infusores elastoméricos con una carcasa plástica que alberga un reservorio que contiene el medicamento a infundir en forma de un balón o balón elástico, que se libera progresivamente por la acción de su retracción mecánica y se regula el ritmo a través de una válvula, que será constante y no podrá alterarse.
- Dado que el acceso subcutáneo no produce niveles plasmáticos tan estables, también es posible administrar medicamentos de forma intermitente varias veces al día con mucha menos frecuencia.

5 Discusión-Conclusión

El método científico debe utilizarse en la práctica clínica en la atención al paciente terminal, con el fin de adaptar la atención a la realidad y condiciones del paciente, su familia, su entorno y sus recursos, generando así un plan de cuidados integral. La mejor alternativa son los infusores subcutáneos de uso doméstico, que alivian los síntomas más molestos para detener el sufrimiento y disminuirlo.

Las intervenciones realistas que renuncian a tratamientos terapéuticos severos y al uso de medidas inútiles son más efectivas para los pacientes con enfermedades terminales. Por este motivo se decidió ampliar la asistencia.

Los cuidados paliativos son cuando un paciente recibe tratamiento por vía subcutánea con el objetivo principal de controlar los síntomas que repercuten en su comodidad y bienestar general, siendo el manejo del dolor un objetivo secundario.

6 Bibliografía

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

3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 102

LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE UNIDADES DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

MARTA ABAD ABELLÁN

MARÍA LEONOR LOZANO MARTÍNEZ

SARA LUQUE MILLÓN

MÓNICA CARVALHO RIBEIRO ALVITES

GEMMA MARÍA DONADO RUBIO DE LA TORRE

1 Introducción

El número de cirugías realizadas actualmente y en los últimos años sin necesidad de ingreso hospitalario ha ido en aumento. El mismo día del procedimiento, los pacientes son dados de alta de las unidades de cirugía mayor ambulatoria (MACU) después de recuperar el conocimiento. Esto es posible gracias a la llegada de nuevos procedimientos quirúrgicos menos invasivos, los avances en el campo de la anestesia y la creación de iniciativas de atención domiciliaria.

Las unidades de cirugía mayor ambulatoria pueden funcionar como entidades separadas o como parte del hospital en su conjunto. La situación ideal sería una total autonomía del resto del hospital y consultas especiales para este tipo de cirugía. La enfermera realiza los cuidados y seguimiento necesarios del paciente antes y después de las intervenciones, siendo una función crítica en estas unidades.

Un cambio mínimo en el estilo de vida del paciente es uno de los beneficios de este tipo de cirugía, que mejora el nivel de atención. Es menos probable que se produzcan infecciones hospitalarias y los recursos se utilizan de manera más eficiente. Todo esto reduce los costes sanitarios.

Este tipo de cirugía es apropiada para intervenciones que no causan muchas molestias, tienen una pérdida mínima de sangre y permiten comer y caminar temprano. La intervención no debe durar más de 60 o 90 minutos, bajo anestesia general o mediante anestesia local.

2 Objetivos

Describir la responsabilidad de la enfermera en el cuidado del paciente durante la cirugía mayor ambulatoria y estar al tanto de las acciones realizadas en la unidad con el paciente para obtener los mejores resultados posibles del procedimiento.

3 Metodología

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

4 Resultados

La cirugía mayor ambulatoria incluye procedimientos quirúrgicos, terapéuticos o diagnósticos que se realizan bajo anestesia general, regional o local, con o sin sedación, y que necesitan únicamente cuidados postoperatorios de corta duración, evitando así la necesidad de ingreso hospitalario.

Las enfermeras de estas unidades son las encargadas de recibir a la paciente y su acompañante a su llegada y brindarles toda la información que requieran sobre los cuidados que requiere el acto quirúrgico. Para recordar las actividades de preparación preoperatoria es recomendable llamar a un número previo con 24 o 48 horas de antelación.

Una vez dentro de la unidad, la enfermera realizará una visita preoperatoria durante la cual discutirá y contrastará con el paciente las consultas más pertinentes sobre el próximo procedimiento.

1. Se debe considerar cuidadosamente lo siguiente:

- Datos de contacto del paciente de referencia o acompañante.
- Historial médico, asegurándose de que la documentación preoperatoria esté completa, incluyendo pruebas adicionales y consentimientos informados.
- Evaluación preanestésica, que determina si es necesario reservar hemoderivados o pruebas adicionales antes de iniciar la intervención o administrar algún medicamento previo a la cirugía.

Para reducir el riesgo de aspiración, también nos aseguraremos de que el paciente lleve un brazalete de identificación, le preguntaremos cuánto tiempo ha estado en ayunas y veremos si ha experimentado algún problema de salud grave últimamente.

2. Luego, se completarán las siguientes tareas:

- Si es necesario, preparación de la piel.
- Toma de signos vitales antes de ingresar al quirófano.
- Canulación de la vía venosa periférica.
- La administración de cualquier medicamento prescrito, como antibióticos, pretratamiento intestinal o profilaxis antitrombótica.
- Quitarse joyas, implantes dentales, ropa interior y esmalte de uñas o maquillaje.
- El posicionamiento del vestuario quirúrgico.

La unidad de recuperación post anestésica (PACU), donde se observará al paciente antes de regresar a la unidad, será el lugar donde el paciente pasará el tiempo después de la cirugía.

3. Una vez allí se evaluarán los siguientes criterios de inscripción:

- El paciente está alerta, concentrado y lúcido.
- Fuerte tolerancia oral; sin mareos ni náuseas.
- Analgesia oral para el manejo del dolor.
- Después de orinar por cuenta propia.
- La herida quirúrgica está cicatrizando bien.
- Capaz de seguir consejos médicos e instrucciones de cuidados con buena cobertura familiar.

Antes de ser dado de alta, el paciente recibirá instrucciones sobre qué hacer en caso de que surjan complicaciones, así como consejos sobre cómo prevenirlas y detectarlas. Si hay algún problema, puede llamar al número de contacto proporcionado. Dentro de las 24 horas siguientes a su llegada a casa, se realizará una llamada telefónica para comprobar la situación.

5 Discusión-Conclusión

Para poder realizar estas técnicas sin necesidad de ingreso y con la máxima seguridad del paciente, son de suma importancia todas las actividades descritas, realizadas por el personal de enfermería de la unidad de cirugía mayor ambulatoria.

Se consigue así una mayor optimización de recursos, abriendo más camas para nuevos procedimientos y, posteriormente, reduciendo las listas de espera. Utilizar los recursos de manera efectiva es lo que esto hace.

La enfermera es el enlace final antes de que los pacientes ingresen al quirófano, responsable de brindar la atención requerida e identificar cualquier problema que pueda hacer que la cirugía sea insegura.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. Recart, A. (2017). Cirugía mayor ambulatoria. Una nueva forma de entender la medicina quirúrgica. Revista Médica Clínica.

Capítulo 103

LOS PACIENTES QUE SUFREN DE GANGRENA Y EL TRABAJO QUE DESEMPEÑA LA ENFERMERA HOSPITALARIA

IRENE DE MORA MARTÍN-FORERO

CECILIA NUÑEZ GARRIDO

BLANCA SANZ CAMACHO

INES REDONDO ALVAREZ

SILVIA LORENZO MARTIN

1 Introducción

La gangrena es una afección médica grave que involucra la muerte del tejido debido a la falta de flujo sanguíneo y, en muchos casos, a infecciones severas. El cuidado de pacientes con gangrena es un desafío importante en el entorno hospitalario, y el papel de la enfermera hospitalaria es esencial en la atención integral de estos pacientes.

En esta revisión, exploraremos en detalle el trabajo de la enfermera hospitalaria en el cuidado de pacientes que sufren de gangrena. Discutiremos las responsabilidades específicas que implica esta tarea y cómo la enfermera desempeña un papel

clave en la atención y el bienestar de los pacientes que requieren tratamiento y atención especializada debido a esta afección médica grave.

La gangrena puede ser dolorosa y debilitante, y su manejo y cuidado adecuados son fundamentales para la recuperación del paciente. La enfermera, como miembro integral del equipo de atención médica, desempeña un papel esencial en la atención y el apoyo a pacientes con gangrena, contribuyendo significativamente a su bienestar y calidad de vida durante su estancia en el hospital y en su proceso de recuperación.

El trabajo de la enfermera hospitalaria en el cuidado de pacientes con gangrena es multidimensional y desafiante. La atención a pacientes con esta afección requiere un enfoque integral que abarque desde la monitorización de signos vitales hasta el manejo del dolor y la prevención de infecciones. La enfermera desempeña un papel fundamental en la promoción de la recuperación y la mejora de la calidad de vida de los pacientes que enfrentan esta grave afección médica.

2 Objetivos

Dentro de los objetivos que nos planteamos en nuestra revisión, encontramos objetivos principales y secundarios los cuales los podemos dividir en:

Objetivos principales:

1. Conocer y evaluar los principales tratamientos y cuidados que se ejercen desde la enfermería en Gangrena de Fournier.

Objetivos Secundarios:

1. Conocer las variables que se analizan en los estudios relacionados con la enfermería y la Gangrena de Fournier.

3 Metodología

Fuentes documentales consultadas

Para llevar a cabo esta revisión, hemos consultado las siguientes bases de datos, Medline a través de la plataforma Medline, en Google Académico y EBSCO. Hemos realizado una búsqueda entre mayo de 2023 y julio de 2023.

Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda en Medline fue: (gangrene OR “Fournier’s gangrene”) AND (nursing OR nurse OR infirmary OR “work nursing”).

4 Resultados

El tratamiento y el cuidado de pacientes que sufren de gangrena es un desafío importante en el entorno hospitalario, y el papel de la enfermera hospitalaria es fundamental en la atención integral de estos pacientes. La gangrena es una condición médica grave que implica la muerte de tejido debido a una falta de flujo sanguíneo y, en muchos casos, a infecciones graves. A continuación, se describen las responsabilidades y el trabajo de la enfermera hospitalaria en el cuidado de pacientes con gangrena:

- Evaluación y monitorización: La enfermera es responsable de evaluar y monitorizar de cerca al paciente con gangrena. Esto incluye controlar constantemente los signos vitales, como la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la temperatura, para detectar signos de infección o empeoramiento de la condición.
- Manejo del dolor: La gangrena puede ser extremadamente dolorosa. La enfermera debe administrar medicamentos para el dolor de manera efectiva y proporcionar apoyo emocional al paciente para ayudar a aliviar el malestar.
- Cuidado de heridas: En muchos casos, la gangrena se presenta como una herida o úlcera grave. La enfermera es responsable de limpiar y curar estas heridas de manera adecuada para prevenir infecciones y promover la cicatrización.
- Prevención de infecciones: La gangrena a menudo está asociada con infecciones. La enfermera debe seguir estrictas medidas de control de infecciones, como la esterilización de instrumentos y el uso de equipo de protección personal, para prevenir la propagación de infecciones en pacientes y el personal.
- Coordinación de tratamientos: La enfermera trabaja en estrecha colaboración con el equipo médico para coordinar el tratamiento del paciente. Esto puede incluir cirugías para extirpar el tejido gangrenoso o tratamientos con antibióticos para tratar infecciones.
- Educación al paciente y la familia: La enfermera debe proporcionar educación al paciente y a su familia sobre la condición de la gangrena, el tratamiento, las posibles complicaciones y la atención posterior. Esto ayuda a empoderar al paciente y a sus seres queridos en el proceso de recuperación.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel de la enfermera hospitalaria en el cuidado de pacientes que sufren de gangrena es fundamental para garantizar una atención de calidad y el bienestar de los pacientes. La gangrena es una afección médica grave que implica la muerte del tejido debido a la falta de flujo sanguíneo y, a menudo, a infecciones severas. El trabajo de la enfermera en este contexto abarca una amplia gama de responsabilidades y actividades clave:

1. Evaluación y monitorización: La enfermera evalúa y monitoriza constantemente la condición del paciente, prestando especial atención a los signos de infección o empeoramiento de la gangrena.
2. Manejo del dolor: La enfermera administra medicamentos para aliviar el dolor y proporciona apoyo emocional al paciente para ayudar a reducir el malestar.
3. Cuidado de heridas: La enfermera realiza curas y cuidados de heridas para promover la cicatrización y prevenir infecciones.
4. Prevención de infecciones: Se siguen estrictas medidas de control de infecciones para evitar la propagación de infecciones en pacientes y personal médico.
5. Coordinación de tratamientos: La enfermera colabora estrechamente con el equipo médico para coordinar cirugías o tratamientos con antibióticos.
6. Educación al paciente y la familia: Proporciona información y apoyo a pacientes y familiares sobre la gangrena, su tratamiento y la atención posterior.
7. Apoyo emocional: Brinda apoyo emocional a los pacientes y sus seres queridos, reconociendo el impacto emocional de la gangrena.

6 Bibliografía

1. Carrillo Córdova, L., Aguilar Aizcorbe, S., Hernández Farías, M., Acevedo García, C., Soria Fernández, G., & Garduño Arteaga, M. (2018). *Escherichia coli* productora de betalactamasas de espectro extendido como agente causal de gangrena de Fournier de origen urogenital asociada a mayor mortalidad. *Cirugía Y Cirujanos*, 86.
2. Carrillo-Esper, R., & Peña-Pérez, C. A. (2015). Definiciones y abordaje de la hemorragia crítica. *Revista mexicana de Anestesiología*, 38(S2).

3. Calderón Zapata, R. (2014). Gangrena de Fournier en el Hospital Nacional Dos de Mayo : características clínicas y utilidad del índice de severidad de gangrena de Fournier.
4. Calderón, W., Camacho, J., Obaíd, M., Moraga, J., Bravo, D., & Calderón, D. (2021). Tratamiento quirúrgico de la gangrena de Fournier. *Revista De Cirugía*, 73(2).
5. Camargo, L., & García Perdomo, H. (2016). Gangrena de Fournier: revisión de factores determinantes de mortalidad. *Revista Chilena De Cirugía*, 68(3).
6. Cancino, C., Avendaño, R., Poblete Andrade, C., & Guerra, K. (2018). Gangrena de Fournier. *Cuadernos De Cirugía*, 24(1), 28-33.

Capítulo 104

SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE

ESPERANZA CARCHANO ALCARAZ

ESTHER NAVARRO GÓMEZ

VIRGINIA TAJUELO FLORES

ANA TRUEBA GONZÁLEZ

FLORENTINA DIANA LAMBRU

1 Introducción

Se trata del fallecimiento de un niño con edad menor a 1 año que ocurre de un momento a otro y, por lo tanto, de forma inesperada. Esta muerte se asocia en ocasiones a problemas con el sueño, por lo que la mayoría de las veces los niños mueren en sus cunas y se denomina también como “muerte en la cuna”. Este tipo de muerte no tiene explicación ni realizando una autopsia.

Factores asociados con el síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) e importancia de los mismos:

Posición al dormir del bebé: la posición en decúbito prono a la hora de dormir es la más asociada con el SMSL, aunque se ha demostrado que el decúbito lateral también puede tener cierta relevancia.

Mantener la posición adecuada al dormir parece ser el factor más importante, ya que es el que se encuentra más directamente relacionado con la aparición del SMSL.

Factores maternos: hábito tabáquico durante el embarazo o la etapa posnatal; consumo de ciertas drogas, incluyendo el alcohol; edad materna inferior a 20 años; ciertas complicaciones durante el embarazo y/o el parto, como la preeclampsia/eclampsia, el desprendimiento de placenta, etc.

Factores del lactante: bajo peso al nacer; prematuridad; embarazo múltiple; sexo masculino, etc.

Factores ambientales: dormir sobre superficies demasiado blandas, como peluches o almohadas; excesivo arropamiento y el calor ambiental serían algunos otros factores influyentes en la aparición de este síndrome.

Estos otros factores parecen tener una menor importancia o relación con el síndrome, aunque no podemos dejar de considerarlos para fomentar un estilo saludable desde el primer momento de la vida del niño

También existen algunos estudios que señalan como otro factor asociado con la aparición de este síndrome el colecho del lactante, por ejemplo en situaciones que no serían las más indicadas, como en un sofá o sillón, si el niño presenta menos de 3 meses o bajo peso al nacer, si los padres consumen ciertos medicamentos sedantes o drogas de cualquier tipo o si estos mismos están cansados. Se desaconseja completamente el colecho del lactante con personas que no sean sus padres.

Este último factor presenta cierta controversia en lo que se refieren unos estudios de otros, pero tampoco debemos descuidarlo completamente a la hora de promocionar una correcta educación a los padres de cualquier bebé.

2 Objetivos

1. Observar como afecta el síndrome de muerte súbita del lactante.
2. Conocer el importante papel de la enfermería.
3. Conocer distintas medidas para prevenirlo.

3 Metodología

Para la realización del siguiente trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda exhaustiva en diferentes bases de datos como Pubmed, Scielo y Medline. Se procedió a realizar una lectura comprensiva de los 15 artículos, destacando las ideas principales y los resultados relevantes que se utilizaron en el desarrollo del trabajo. El

proceso de elaboración del trabajo se llevó a cabo durante un período de dos semanas. En la primera semana, se centró en la búsqueda de los artículos, mientras que en la semana siguiente se trabajó en la extracción de resultados que estuvieran en línea con los objetivos del estudio y en la elaboración de la discusión y las conclusiones.

Los criterios de selección de los artículos se basaron en su calidad científica, su fecha de publicación (menos de 10 años) y su relevancia para los objetivos establecidos en el trabajo. Este enfoque riguroso permitió la selección y el análisis de los artículos más pertinentes para el estudio.

4 Resultados

Papel de la enfermera en SMSL

En la muerte súbita podemos encontrar una serie de factores de riesgo modificables, entre ellos: retraso o falta en la atención prenatal, niño excesivamente caliente o arropado en exceso, acostar al bebé en decúbito prono o en decúbito lateral, exposición prenatal y posnatal al humo del tabaco y colchón demasiado blando con objetos sueltos cerca del lactante, etc.

Para prevenir este síndrome como profesionales debemos darle una serie de consejos a los padres:

Recomendar acudir a clases de educación prenatal. Enseñar a los padres la importancia de las revisiones con la matrona y la enfermera pediátrica de su centro de salud.

Enseñar que la lactancia materna es la mejor forma de alimentación para su bebé. Enseñar a los padres a colocar al bebé sobre la espalda para dormir y mantener fuera de la cuna colchas holgadas, almohadas y juguetes.

Hay que aconsejar que el colchón de la cuna del bebé ha de ser firme.

Enseñar a los padres que se debe evitar exponer al bebé al humo del tabaco, evitando también el tabaquismo materno.

Recomendar el uso del chupete para dormir al bebé durante el primer año de vida, si se alimenta al bebé mediante lactancia, introducirlo después del 1º mes, una vez que esta esté bien instaurada

Hay que aconsejar que la cuna del bebé debe situarse cerca de ellos, pero que no deben compartir la misma cama.

La temperatura de la habitación donde duerme el bebé ha de estar entre 20-22 °C y que se debe evitar el arropamiento excesivo del lactante.

Recomendar llevar al día el calendario vacunal y la inmunización del bebé.

Identificar la capacidad y disposición de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del lactante.

Identificar la comprensión e ideas de los miembros de la familia acerca de las situaciones.

Medidas preventivas del síndrome de muerte súbita del lactante.

Algunos consejos para la prevención de la muerte súbita del lactante hasta los 12 meses de edad son:

Factores relacionados con la madre:

- Estilo de vida saludable evitando beber durante el embarazo y el tabaco durante y después de este.
- Lactancia materna. Está demostrado en numerosos estudios de casos y controles la relación de la lactancia materna con el síndrome de muerte súbita del lactante. La muerte súbita del lactante suele ocurrir en los primeros seis meses, por lo cual es importante que se amamante al bebé durante este periodo de tiempo. La razón de esta protección tiene que ver con que la lactancia induce al lactante a un sueño de fácil despertar y además protege al bebé de infecciones.
- Cohabitación. Se ha demostrado que compartir habitación, con la cuna junto a la cama, sin compartir cama, reduce en un 50% el riesgo de SMSL. Así se previene que ocurran estrangulamientos, sofocación o atrapamiento, que puede darse si se duerme con el bebé en la cama.
- Factores socioeconómicos. Se relaciona el SMSL con el bajo nivel socioeconómico y educativo de las madres adolescentes o jóvenes y con más de tres hijos.
- Factores relacionados con el niño. Antecedentes de hermano fallecido por SMSL: En este caso el bebé tiene una probabilidad de sufrirlo cinco veces mayor. Incluso en caso de gemelos hay un 4% de probabilidad en las primeras horas tras la muerte del hermano.

Prematuridad y bajo peso al nacer: a menor peso del bebé, más probabilidad.

- Factores ambientales.
 - Postura del lactante en la cuna: es el principal factor de riesgo que podemos modificar. Se refuerza esta hipótesis debido a la incidencia de SMSL en países en los que se recomienda la posición de decúbito supino en el bebé.
- Ambiente del dormitorio: Se recomienda una superficie firme, pero blanda, que no haya espacios entre el colchón y la barandilla de la cuna, no dejar accesorios sueltos, no arroparlo demasiado (especialmente la cabeza que no quede pegada al extremo de la cuna).

- Uso del chupete al dormir: tiene un factor protector, pero el mecanismo no está claro.

5 Discusión-Conclusión

Para concluir, este texto aborda la importancia de la prevención del síndrome de muerte súbita del lactante y destaca que la posición en decúbito supino al dormir es un factor de riesgo modificable clave. Se mencionan otros factores de riesgo, incluyendo factores maternos, factores del lactante y factores ambientales, que pueden aumentar el riesgo de SMSL. También se mencionan factores protectores, como la lactancia materna y la succión no nutritiva con chupete durante el sueño.

Se señala que tanto la Academia Americana de Pediatría como el Grupo de Trabajo de Muerte Súbita Infantil de la Asociación Española de Pediatría recomiendan que los lactantes duerman en posición de decúbito supino, en una cuna independiente de la cama de los padres, pero en la misma habitación que estos. Se advierte contra el colecho con niños menores de 3 meses, prematuros o con bajo peso al nacer, y en situaciones donde los padres consuman sustancias sedantes o estén muy cansados.

Además, la formación activa del personal de enfermería se considera esencial para lograr el objetivo de reducir aún más la incidencia del SMSL en la sociedad.

6 Bibliografía

1. Floryd R.Livingston Je. El síndrome de la muerte súbita en el bebe lactante. Kidshealth. 2017 febrero.
2. Santamaria. Síndrome de muerte súbita del lactante: ¿siguen las familias las recomendaciones? Anales de Pediatría. 2020 abril; 92.
3. Isabel María CP. Muerte súbita del lactante. Prevención. Revista enfermería docente. 2018 enero-junio; (64-72).
4. F. J. Sánchez Ruiz-Cabelloa. Síndrome de la muerte súbita del lactante (parte 1). Factores de riesgo. Rev. Pediatr Aten Primaria. 2013, octubre-diciembre; 15(60).
5. Tarraga-Marcos, M^a Loreto, Romero-de Ávila Montoya, Jose Mario, Tarraga-Marcos, Almudena, & Tarraga-López, Pedro J. (2022). Síndrome de muerte súbita

del lactante. *Journal of Negative and No Positive Results*, 7(3), 282-297. Epub 26 de septiembre de 2022.<https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.4603>.

Capítulo 105

OSTOMÍAS URINARIAS Y OSTOMÍAS DIGESTIVAS: CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE OSTOMIZADO

CARMEN MARÍA RIVAS SÁNCHEZ - MEDINA

ELENA CUENCA SÁNCHEZ

MARÍA MUÑOZ CARRETERO

RAQUEL HERVÁS DÍEZ

MERCEDES HONRADO PRADILLO

1 Introducción

El paciente es intervenido mediante cirugía para abrir un orificio en el abdomen, que conecte, o bien los uréteres o el intestino, dependiendo de su patología, al exterior del paciente, para así poder eliminar la orina o las heces del cuerpo del paciente. A este orificio se le llama estoma u ostomía.

La causa más frecuente para la realización de una ostomía es el cáncer colorrectal, vesical, o a causa de enfermedades inflamatorias intestinales.

Si la función con la que se hace la ostomía es eliminar la orina fuera del paciente, se lleva a cabo la realización de una ostomía urológica, como la urostomía (la orina sale al exterior del paciente y no pasa por la vejiga, como la urostomía tipo

Bricker, en la que los uréteres se derivan a un asa intestinal, y esta asa es lo que aflora en el abdomen del paciente), nefrostomía (se coloca un catéter o una sonda flexible que va desde el riñón hasta la espalda o costado del paciente).

Si la función de la ostomía es eliminar las heces del cuerpo del paciente, se lleva a cabo la realización de una ostomía digestiva, como es el caso de una colostomía (las heces salen al exterior del paciente desde el colon o intestino grueso al abdomen) o una ileostomía (las heces salen al exterior desde el intestino delgado o íleon al abdomen del paciente)

Dependiendo de la parte del intestino del paciente y de la zona que exteriorice al abdomen del paciente, las heces tendrán una consistencia u otra y la acidez y cantidad también varía.

Las ostomías pueden realizarse de forma temporal o definitiva.

El aspecto normal del estoma es rojo intenso o rosado y húmedo, parecida a la mucosa de la boca. El paciente no controla la salida de heces u orina del estoma, y es por ello, que se coloca sobre el estoma una bolsa o un dispositivo donde se recogen estos fluidos del paciente.

Estas bolsas suelen ser de una o de dos piezas, se usará una u otra dependiendo de la que mejor se adapte al paciente.

- Las bolsas de una pieza:

Tienen una superficie adhesiva en la parte posterior, pueden cambiarse una o dos veces al día, se retira la bolsa completa, realizando una higiene de la piel previa, existen de distintos tamaños, opacas, transparentes, precortadas o recortables, existen bolsas cerradas como para las colostomías, abiertas con velcro para las ileostomías y abiertas con grifo como para las urostomías.

- Las bolsas de dos piezas:

Constan de una bolsa y un disco, que es lo que va pegado a la piel del paciente. Este disco puede tener adhesivo o un aro para que encaje la bolsa.

El disco permanece sobre el paciente unos 3 días y lo que se cambia cuando es necesario es la bolsa del paciente. Esta es una forma cómoda para evitar que la piel del paciente se irrite. Existen bolsas transparentes, opacas y de distintos tamaños.

El cuidado óptimo del estoma se realizará con un buen lavado de manos, agua templada, jabón de pH neutro, una esponja suave, para secar papel o toalla suave y se puede usar un espejo para facilitar el procedimiento.

El cambio de la bolsa:

Se recortará la bolsa, si esta es recortable con la medida y forma del estoma.

La bolsa usada se retirará cuidadosamente despegando los bordes.

Con una esponja mojada y jabón suavemente, sin friccionar, se limpiará la piel alrededor del estoma y este desde dentro a fuera con movimientos circulares. A continuación secar la zona con pequeños toques con papel absorbente o una toalla limpia y suave. Y por último, pegar o acoplar la bolsa, siempre desde abajo a arriba.

Observar que la piel de alrededor y el estoma no tengan lesiones.

Las posibles complicaciones del estoma que se deben tener en cuenta y que pueden aparecer son:

Dermatitis: irritación de la piel periestomal. Los síntomas que aparecen en el paciente son dolor, picor, escozor, piel roja o ulcerada provocada por el contacto de las heces, orina o simplemente por la acción mecánica del dispositivo o bolsa.

Hernias: abultamiento alrededor del estoma producido porque el abdomen se distiende.

Prolapsos: salida de un tramo del intestino por el orificio de estoma.

Estenosis: disminución o cierre importante del orificio del estoma.

Granulomas: son lesiones abultadas que se presentan alrededor del estoma y que pueden producir dolor, picor o sangrado.

Oclusiones: falta de emisión de heces en un tiempo prolongado, dolor abdominal, náuseas, vómitos.

El paciente con estoma debe consultar con un médico o acudir a la consulta de estomaterapia si presenta fiebre, síntomas de deshidratación (boca seca, orina oscura, etc.), dolor del estoma o dolor abdominal, disminución o aumento anormal del tamaño del estoma, estreñimiento o diarreas mantenidas, irritación, picor, erupción, lesiones en la piel periestomal o el estoma, si hay cambios en el color del estoma o si se oscurece.

En general, es importante que preste atención al aspecto del estoma: el color, el tamaño, la piel periestomal, el líquido que sale y consulte ante cualquier variación o cambio en el aspecto.

2 Objetivos

1. Prestar conocimientos sobre el abanico de opciones que tiene a la hora de elegir el dispositivo adecuado.
2. Educar y enseñar al paciente y familiar/cuidadores todo lo que conlleva una ostomía, sus cuidados y sus complicaciones.

3. Proporcionar apoyo emocional al paciente ostomizado, empatía y escucha activa.

3 Metodología

Para la elaboración del actual trabajo, se ha llevado a cabo una investigación basada en una revisión bibliográfica sobre los diferentes temas científicos existentes. Se ha realizado una búsqueda a través de los diferentes libros, artículos, revistas científicas de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando aquellas de mayor valor científico y procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Son cuantiosas las complicaciones físicas que pueden aparecer en un paciente que tiene un estoma, como por ejemplo las alteraciones cutáneas alrededor del estoma, la separación de la mucosa y la piel, que el estoma se retraiga, también la existencia del estoma limita los movimientos del paciente, altera su función sexual, el paciente puede presentar dolor, etc.

También se reflejan problemas psicosociales en los pacientes que portan una ostomía, ya que el paciente sufre un proceso delicado y esto puede dar lugar a la aparición de depresiones, ansiedad, alteraciones de la imagen corporal, miedo a lo desconocido. Son muchas las dudas y miedos que afloran en el paciente ante esta nueva situación y nuevos cambios requeridos.

Por lo tanto, es esencial, que este tipo de pacientes tengan un gran respaldo por parte de enfermería y los profesionales de salud que le acompañan en el proceso, proporcionándoles las herramientas necesarias para afrontar esta nueva situación.

Los pacientes deben saber que no están solos, que existen consultas de estomaterapia disponibles en los hospitales, donde les explicarán todas las dudas que tengan, les guiarán ante esta nueva situación, les enseñarán a proporcionarse los autocuidados correspondientes, la alimentación adecuada, la higiene requerida, a vigilar los signos y síntomas de alarma. También existen grupos de apoyo con pacientes que se encuentran en su misma situación, pudiendo así intercambiar conocimientos, experiencias, inquietudes ante esta situación.

Debemos fomentar su autocuidado para que los pacientes sean los más independientes posibles, prestándoles una atención humanizada y empática tanto a los propios pacientes como a sus familiares o cuidadores.

Por lo que es imprescindible que el personal de enfermería y sanitario se encuentre bien formado para facilitar la vida a los pacientes y solventar sus dudas e inquietudes, proporcionar un asesoramiento adecuado, apoyo emocional y cuidados de calidad.

5 Discusión-Conclusión

Un papel fundamental en la atención del paciente ostomizado lo tiene la enfermera o enfermero, ya que los cuidados a este tipo de pacientes deben ser individualizados, de calidad e integrales.

En cualquier área de atención al paciente ostomizado, ya sea el área hospitalaria, en el domicilio, en centros residenciales, etc., el paciente ostomizado precisa una atención y tratamiento especializado.

Fomentar la independencia del paciente y mejorar la calidad de vida es nuestro objetivo principal. Es por ello que los profesionales que asistimos y atendemos a estos pacientes debemos estar formados adecuadamente para cubrir las necesidades del paciente ostomizado, empatizando con él y sus familias y manteniendo una escucha activa para aliviar y resolver todas sus dudas y cubrir sus necesidades.

6 Bibliografía

1. Sacyl: Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. [Internet]. Portal de Salud. [Consultado el 2 oct 2023]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/enfermedades/ostomias/recomendaciones-personas-ostomia/ostomia-tipos-ostomias>.
2. Cristina García, Belén García. Cuidados de enfermería al paciente ostomizado. [Internet]. Vol. 5, N.º 4, RqR Enfermería Comunitaria; 2017 [Consultado el 4 oct 2023]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6224482>.
3. Katherine Michelle. Cuidados de enfermería en pacientes ostomizados. Ecuador; 2023. [Consultado el 3 oct 2023]. Disponible en: <https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/16854/1/UA-MQI-EAC-005-2023.pdf>.
4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
5. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
6. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 106

PREVENCIÓN DE HáBITOS TÓXICOS EN LA ADOLESCENCIA

VICTORIA CARLOTA LOSADA RIESGO

1 Introducción

Uno de los mayores problemas de salud pública es el consumo de sustancias tóxicas. Entre las drogas de mayor consumo destacan: alcohol, tabaco, marihuana, hipnosedantes, cocaína y otras drogas sintéticas.

Su consumo representa un riesgo por sí mismo, pero también por las conductas y problemas asociados que plantea, como accidentes de tráfico, sexo sin protección, violencia, dificultades académicas y futuras adicciones. El consumo de alcohol en adolescentes incrementa el riesgo de acabar desarrollando patrones de abuso o dependencia del mismo a lo largo de la vida (1).

Un porcentaje significativo de la población, en gran parte adolescentes, es consumidor de alguna de estas sustancias. Gran parte de los primeros episodios de consumo se producen durante la adolescencia. Normalmente, se limitarán a la experimentación, sin embargo, algunos derivarán hacia un consumo habitual, incluso hacia la adicción, con las consecuencias que implica.

En la adolescencia nos encontramos diferentes tipos de consumo:

- Consumo esporádico: en él, las personas experimentan o consumen de forma poco frecuente la sustancia en cuestión. No suele tener consecuencias asociadas, aunque puede entrañar riesgo de accidentes, violencia o intoxicaciones y favorece el policonsumo de sustancias tóxicas.

- Consumo habitual: se consume diariamente o durante el fin de semana, prolongándose los efectos de las sustancias durante toda la semana. Esto supone un riesgo elevado, así como una alta probabilidad de acabar padeciendo tolerancia y patrones de abuso y dependencia.

2 Objetivos

1. Describir el consumo de sustancias tóxicas en la adolescencia como un problema de salud pública.
2. Identificar las sustancias tóxicas más consumidas por los adolescentes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una revisión sistemática de libros, así como de diversas páginas web de rigor científico como la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Sanidad. También se han consultado artículos en las principales bases de datos en ciencias de la salud como son Dialnet, Lilacs y Pubmed, entre otras. De todos los documentos encontrados se escogieron los más apropiados por su pertinencia y adecuación al tema.

4 Resultados

El consumo de sustancias tóxicas tiene una etiología multifactorial, con componentes individuales (sexo y edad, carácter, valores y creencias, formación), familiares y sociales. Las características personales de cada adolescente son claves para determinar el grado de vulnerabilidad a la presión social favorecedora del consumo. Dicha presión es ejercida tanto por el grupo de amistades como por el entorno familiar y escolar; las redes sociales y los medios de comunicación pueden potenciar el consumo (“cultura del coloquio”) y facilitar el acceso de los menores a estas sustancias.

Cuanto más joven es el consumidor, más nocivas son las consecuencias del consumo en el organismo, afectando especialmente al desarrollo y maduración cerebral.

El alcohol es la droga más habitual entre los adolescentes. En nuestro, según la Encuesta sobre uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES)

en individuos entre 14 y 18 años en 2016, la edad media de inicio de consumo de alcohol se encuentra en los 14 años (2).

El 76,9% de los encuestados de estas edades ha ingerido alcohol al menos una vez en su vida y el 1,6% refiere haberlo hecho diariamente los últimos 30 días. El 21,8% refiere haberse emborrachado en el último mes y el 31,7% ha tomado al menos cinco consumiciones alcohólicas en un periodo de tiempo de unas 2 horas. Este tipo de consumo intensivo de alcohol en periodos cortos de tiempo se denomina “binge drinking” o consumo en atracón. Este tipo de consumo, así como el consumo diario, es más frecuente entre los chicos, mientras ellas refieren beber y emborracharse más que los varones.

A pesar de estos valores, las cifras de menores que refieren haber probado el alcohol en 2016 han mejorado si las comparamos con las de 2014, disminuyendo en 2 puntos y manteniendo una tendencia a la baja desde 2012. Acorde a estos datos, la cifra de jóvenes que refirió haberse emborrachado es la más baja registrada desde 2004. Lo mismo ocurre con el consumo de atracón, que actualmente está en valores mínimos desde que se comenzó a evaluar en 2008 (1).

Además del “binge drinking”, están apareciendo otras nuevas formas de consumo de alcohol como el “eyeballing”, que consiste en aplicar alcohol a través de la conjuntiva, o la denominada “tampax on the rocks” o “tampodka”, anal o vaginal respectivamente. El objetivo de estas prácticas es aumentar la rapidez, los efectos del alcohol, pero multiplican el riesgo y ocasionan importantes daños locales, produciendo alteraciones cognitivas, de la memoria y del aprendizaje, en el cerebro todavía en desarrollo de adolescentes hasta los 20 años.

El tabaco es la segunda droga más extendida entre los estudiantes de 14 a 18 años, registrándose que el 41,3% ha fumado tabaco en alguna ocasión en su vida. Este valor ha aumentado con respecto a las dos ediciones anteriores de la ESTUDES. En nuestro país la tercera parte de la población escolar de 13-14 años ya ha probado el tabaco, y como consecuencia del extraordinario carácter adictivo de la nicotina en esas edades, el 22,7% de las chicas y el 16,8% de los chicos de 15-16 años consumen tabaco a diario. El consumo diario de tabaco, entre la población de 11-17 años, es mayor en las clases sociales más desfavorecidas (2)(3).

Al igual que ocurre con el alcohol, los adolescentes que se inician en el consumo de tabaco minusvaloran las consecuencias que el tabaco producirá sobre su salud a largo plazo, pero existen otros efectos que pueden constatare ya en la población adolescente. El consumo de tabaco en estas edades produce un incre-

mento en el riesgo de padecer tos y expectoración, mayor frecuencia y gravedad de infecciones respiratorias y peor control del asma, disminución del rendimiento físico, dientes amarillos, enfermedad periodontal, nerviosismo y problemas de sueño, peor control del asma y, sobre todo, dependencia de nicotínica. Las áreas cerebrales relacionadas con la sensación de placer son activadas por la nicotina, generando un alto nivel de adicción (3).

Como sustituto del tabaco, los cigarrillos electrónicos se han vuelto muy populares; sin embargo, no son una alternativa para dejar de fumar. También llamados vapeadores, los e-cigarrettes calientan un líquido para producir un aerosol que los usuarios inhalan en sus pulmones. Ese líquido puede contener nicotina, aceites de tetrahidrocanabinol (THC) y cannabinoides (CBD), y otras sustancias, saborizantes y aditivos. El THC es el compuesto psicoactivo de la marihuana que altera la mente y produce el estado de euforia. Además, se han encontrado sustancias cancerígenas en líquidos y vapor de cigarrillos electrónicos, por lo que no se pueden excluir los riesgos para la salud asociados al uso o exposición al vapor.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente, la Encuesta Nacional sobre Drogas 2009-2016 señala que la prevención del consumo de sustancias tóxicas en nuestro país tiene una orientación individual, que se debe complementar con intervenciones centradas en minimizar los factores de riesgo del entorno y potenciar los factores de protección del mismo. También se necesita incrementar el alcance de los programas de prevención, asegurando que lleguen a toda la población (4).

La Atención Primaria es fundamental en la prevención del consumo de sustancias tóxicas, aunque las intervenciones han de estar coordinadas con centros educativos, ámbito familiar, entorno social, centros dirigidos al abordaje de drogodependencias e instancias políticas. La prevención primaria, la detección precoz de patrones de consumo y la actuación de los profesionales sanitarios son esenciales para alcanzar los resultados deseables.

En la actualidad, la prevención ha de hacer frente a nuevas problemáticas: han aparecido adicciones sin sustancia como ludopatías entre los jóvenes, especialmente a través de Internet; se percibe como normal el consumo de alcohol y marihuana entre los adolescentes; existen cada vez más grupos que presionan para legalizar el cannabis y continuamente surgen nuevas drogas en el mercado.

Todos estos puntos requieren de nuevas respuestas que se adapten al contexto actual y a los patrones de relación que tienen los adolescentes de hoy en día.

6 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social [sede Web]. Madrid: Gobierno de España; 2017 [acceso 22 de agosto de 2023]. Plan Nacional sobre Drogas. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/prevencion/home.htm>.
2. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES) 1994-2016. Informe 2018. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2018.
3. AEPAP: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Al cuidado de la infancia y la adolescencia [sede Web]. Madrid: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria; 2009 [actualizado febrero de 2020, acceso el 28 de agosto de 2023]. Programa de Salud Infantil. Disponible en: <https://www.aepap.org/biblioteca/programa-de-salud-infantil>.
4. Babín Vich F. Encuesta Nacional sobre Drogas 2009-2016. Informe de evaluación final. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2017.
5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
6. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
7. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 107

TRATAMIENTO CON SURFACTANTE NATURAL VS SINTÉTICO EN RECIÉN NACIDOS PRETÉRMINO CON SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA

ALEJANDRA RAMÍREZ COLLADO

MARTA LÓPEZ GARCÍA

LUCÍA LÓPEZ GARCÍA

1 Introducción

Para conocer la información de este trabajo, es fundamental tener una visión rápida del desarrollo y funcionamiento del pulmón, tanto en la vida intrauterina como en el nacimiento y la adecuada adaptación a la vida extrauterina.

El desarrollo del pulmón humano comienza a las 4 semanas de gestación con la aparición del crecimiento traqueal del intestino anterior y continúa hasta la primera infancia. El objetivo del desarrollo broncopulmonar es la formación de un órgano de intercambio de gases eficaz donde la sangre y el aire están en contacto íntimo sobre una gran superficie que mantiene la comunicación con el exterior. El desarrollo pulmonar se subdivide en tres periodos principales; el periodo embrionario, el periodo fetal y el desarrollo pulmonar posnatal. La organogénesis pulmonar es parte del periodo embrionario. Mientras que el desarrollo pulmonar

fetal consiste en las etapas pseudoglandular, canalicular y sacular. El desarrollo pulmonar posnatal comprende las etapas de alveolarización clásica y continua, así como de maduración microvascular (2). En resumen, las etapas embrionarias y pseudoglandular (semanas de 5 - 17), implican la formación de las yemas pulmonares y el árbol bronquial. Por lo tanto, al final de esta etapa, las primeras generaciones de conductos alveolares ya están establecidas, formándose todas las estructuras preacinares, incluidas las vías respiratorias preacinares, las arterias pulmonares y las venas (3).

Las estructuras acinares que comprenden los bronquiolos respiratorios, los conductos alveolares y los alvéolos primitivos se forman durante la etapa canalicular. La etapa canalicular está marcada por dos pasos importantes en el desarrollo del pulmón: diferenciación de neumocitos tipo I y tipo II y formación de la barrera capilar alveolar. Las células epiteliales tipo 1 recubren la mayor parte de la superficie alveolar, incluida la barrera sangre-aire. Las células epiteliales de tipo 2 contienen cuerpos de inclusión lamelares que son las unidades de almacenamiento intracelular de surfactante. Al ser precursoras de la producción de surfactante, estas células son, por lo tanto, cruciales para el desarrollo normal del pulmón (1, 3). La proteína surfactante es detectable a las 24 semanas de vida intrauterina. Así, se establece una posible plataforma para el intercambio de gases (3).

En la etapa sacular (semanas 28 - 36):

Comprenden el agrandamiento de las vías respiratorias periféricas con dilatación de los túbulos acinares que forman "sáculos" y adelgazamiento de las paredes de las vías respiratorias (3). Dentro de la etapa sacular hay un aumento natural en las concentraciones de cortisol fetal, que también es crítico para madurar los pulmones para el intercambio de gases posnatal. El cortisol contribuye a la síntesis y secreción de surfactante, la remodelación tisular, la diferenciación de células epiteliales alveolares y la reabsorción del líquido pulmonar (1).

Etapas alveolar o alveolización (semana 36 prenatal - 2º año posnatal):

Comienza justo antes del nacimiento y se extiende hasta los primeros años de vida. Tiene lugar la septación secundaria que divide los conductos alveolares en alvéolos terminales y la angiogénesis pulmonar para maximizar el área de superficie de intercambio gaseoso de los pulmones (1). A las 36 semanas, el patrón de arterias y venas que rodean las partes preacinares está completo y, por lo tanto, el pulmón puede soportar la respiración (1, 2).

Surfactante:

La estabilidad mecánica del parénquima está garantizada por dos componentes: una red de fibras de tejido conectivo y el sistema surfactante. El surfactante (agente tensioactivo) es el producto secretor de las células epiteliales alveolares

tipo II y cubre el epitelio alveolar como una película delgada y continua biofísicamente activa. El surfactante tiene tres funciones predominantes; para aumentar la distensibilidad pulmonar, para prevenir la atelectasia al final de la espiración y para facilitar el reclutamiento de las vías respiratorias colapsadas. Además, el surfactante tiene un papel en la protección de los pulmones de lesiones e infecciones causadas por cuerpos extraños y patógenos (3, 5).

El surfactante está compuesto de fosfolípidos y cuatro proteínas surfactantes (SP), A, B, C y D. La fosfatidilcolina dipalmitoilfosfatidilcolina (DPPC) es el principal fosfolípido que se encuentra en el surfactante y es responsable de disminuir la tensión superficial en la interfaz aire-agua en los alvéolos. SP B y C facilitan la adsorción de los lípidos surfactantes a la interfaz aire-líquido y son esenciales para las propiedades de reducción de la tensión superficial del surfactante.

Existe una amplia variedad de productos surfactantes que han sido formulados y estudiados en ensayos clínicos. Estos incluyen surfactantes sintéticos y extractos de surfactantes derivados de animales. Los extractos de surfactante derivados de animales se derivan de fuentes biológicas, incluidas vacas, cerdos y humanos. Los tensioactivos de origen animal contienen proteínas tensioactivas SP-B y SP-C. SP-A y SP-D, son extremadamente hidrófilos y no permanecen en la preparación de ningún surfactante natural comercial. SP-B y SP-C son marcadamente hidrófobos y se cree que son cruciales para promover la adsorción y propagación de monocapas de DPPC.

Los tensioactivos sintéticos utilizados actualmente son combinaciones complejas de dipalmitoilfosfatidilcolina y otros fosfolípidos, lípidos neutros, lipoproteínas o alcoholes. Los surfactantes sintéticos pueden ser libres de proteínas o contener péptidos que se cree que imitan las proteínas que se encuentran en el surfactante pulmonar (8). Los tensioactivos no proteicos son preparaciones de fosfolípidos con palmitato de colfoscerilo y sin DPPG/PG, agentes de dispersión y polímeros adicionales.

El síndrome de dificultad respiratoria (SDR), anteriormente conocido como enfermedad de la membrana hialina, ocurre predominantemente en bebés prematuros. La afección se caracteriza por signos de dificultad respiratoria y aumento de las necesidades de oxígeno poco después del nacimiento como consecuencia de la deficiencia de surfactante.

Los avances en farmacoterapia, específicamente los corticosteroides prenatales administrados entre la semana 24 y 34 de gestación y la terapia posnatal con surfactante, han reducido significativamente la incidencia y el impacto del SDR neonatal. Los corticosteroides prenatales aceleran la maduración pulmonar fetal al aumentar la actividad de las enzimas responsables de la biosíntesis de sur-

factantes, lo que resulta en una mejor distensibilidad pulmonar. El tratamiento prenatal materno con corticosteroides ha mejorado la supervivencia de los recién nacidos prematuros y ha disminuido la incidencia de lesión cerebral. Después del nacimiento, la administración de surfactante exógeno mejora la distensibilidad pulmonar y la oxigenación, lo que resulta en reducciones en la incidencia de neumotórax y de muerte. (9) La administración intratraqueal de surfactante exógeno es un tratamiento bien establecido para el síndrome de dificultad respiratoria en lactantes prematuros. Los dos métodos preferidos para la asistencia respiratoria en neonatos que contribuyen a limitar el riesgo de daño pulmonar asociado con la ventilación mecánica incluyen CPAP y ventilación no invasiva (10).

2 Objetivos

Comparar la eficacia de los tensioactivos artificiales con los de origen animal para el tratamiento de síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido pretérmino.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Google Scholar, Pubmed, ScienceDirect, Cochrane, Dialnet y SpringerLink. Las palabras clave en las que se ha basado la búsqueda han sido: surfactant treatment, synthetic surfactant treatment, hyaline membrane, respiratory distress syndrome, premature-newborns, uniéndolas mediante los operadores booleanos AND y OR, quedando de la siguiente forma: (“premature newborns”) AND (“surfactant treatment” OR “synthetic surfactant treatment”) AND (“membrane hyaline” OR “respiratory distress syndrome”).

Criterios de inclusión:

- La población diana a la que se dirige esta revisión, deben ser niños que hayan nacido antes de la semana 34 de gestación.
- Pacientes que hayan recibido tratamiento profiláctico o de rescate con surfactante exógeno.

Criterios de exclusión:

- Estudios sobre niños que han nacido por encima de la semana 32 de gestación.
- Estudios de pacientes que hayan sido tratados con tratamientos diferentes al surfactante exógeno de forma profiláctica para evitar el desarrollo de síndrome

de dificultad respiratoria.

4 Resultados

En la siguiente tabla se encuentran los datos más importantes de los artículos que conforman esta revisión, de los cuales nueve de ellos son ensayos aleatorizados (11-17, 19, 20), y un estudio analítico retrospectivo (18).

Algunos de estos artículos se llevaron a cabo dos países, siete en Estados Unidos (11-16, 19) y además en Reino Unido (13) e Italia (12, 16). Otros se llevaron a cabo en solo un país, estos fueron Reino Unido (17,20) e India (18).

Esta revisión contó con un total de 6244 recién nacidos pretérmino cuyas edades gestacionales comprendieron entre la semana 29 y la 32 de gestación, y cuyos pesos al nacer oscilaron entre los 500 y 1500 g, condiciones que aumentaban el riesgo de padecer síndrome de dificultad respiratoria tipo I y otras patologías respiratorias derivadas de la inmadurez pulmonar. El tamaño de las muestras ha variado considerablemente de unos artículos a otros, siendo el tamaño muestras máximo de 1296 individuos (20) y el mínimo 41 individuos (15).

La duración de la mayoría de los artículos ha sido de 28 días o a las 36 semanas de edad postmenstrual (PMA), ya que se considera el tiempo suficiente para analizar los efectos producidos por los tratamientos administrados. Sin embargo, algunos de los artículos han tenido una duración menor, de 14 días (13) o incluso 24 h después de la administración del tratamiento (15, 18).

Los principales resultados que se han analizado en nuestra revisión han sido la aparición de síndrome de dificultad respiratoria, displasia broncopulmonar o muerte neonatal dentro de los 28 primeros días de vida. Sin embargo, se han estudiado otros resultados secundarios como los requerimientos de oxígeno, la muerte a las 36 semanas de PMA, la aparición de reacciones adversas al fármaco u otras complicaciones derivadas de la prematuridad (hemorragia intraventricular, conducto arterioso persistente, convulsiones, hipotensión e hipertensión pulmonar, sepsis, coagulación intravascular diseminada, hipertensión pulmonar persistente del recién nacido e ictericia) así como el costo de farmacia.

En los artículos se presentan diferentes tipos de surfactante, dentro de los surfactantes sintéticos, podemos encontrar con y sin proteínas. Del grupo de los que presentan proteínas encontramos Lucinactant (12,13), CHF5633 (16) y Pumactant (17). De los que no contienen proteínas tenemos el más común es Exosurf (11, 14, 15, 18-20) y el palmitato de colfoscerilo (13). Estos tensioactivos sintéticos se han comparado con surfactantes naturales, dentro de los cuales podemos encontrar Infasurf (11), Poractant alfa (12,16,17), Beractant (13) y Survanta (15, 18-20).

En todos los estudios seleccionados, la administración del surfactante se ha producido dentro de las 24 h tras el nacimiento. Sin Embargo, en algunos de ellos se ha producido de forma temprana, dentro de los 20-30 minutos tras el nacimiento (12,13,17) y en otros de forma tardía, torno a las 6 h (11, 19,20).

5 Discusión-Conclusión

En esta revisión se recogen diez artículos que evaluaron diferentes tipos de surfactantes exógenos sintéticos y naturales. Dentro de los tensioactivos sintéticos, existían dos tipos bien diferenciados; los que contenían fosfolípidos y además proteínas análogas a las proteínas SP del surfactante natural, como Lucinactant (12), Pumactant (17) o CHF5633 (16) y los que solo contenían fosfolípidos, como Exosurf (11,14,15,19, 20) y palmitato de colfosceril (13, 18). El análisis de los estudios sugiere que ambos tensioactivos tanto naturales como sintéticos, reducen el riesgo de padecer SDR o de que aumente su gravedad, así como otras patologías respiratorias. Sin embargo, hemos podido observar que aquellos surfactantes que contenían proteínas tenían una eficacia y seguridad más parecida a los tensioactivos de origen natural. En uno de los estudios (13) se analizaron tres tipos de surfactantes exógenos, Lucinactant, Palmitato de colfosceril y Beractant. Tras esto, se observó que el surfactante sintético Lucinactant, reducía el riesgo de padecer SDR y de mortalidad neonatal en comparación con el Palmitato de colfosceril y de forma semejante a Beractant. Esto es debido a que este contiene un análogo de la proteína SP-B presente en los surfactantes naturales. Por tanto, podemos concluir que los surfactantes sintéticos formulados actualmente, tienen una acción importante en la reducción del SDR en recién nacidos pretérmino, sin embargo, aquellos que contienen proteínas tienen una eficacia y seguridad semejante a la de los surfactantes obtenidos a partir de extractos de surfactante animal.

Por otro lado, tras el análisis de los resultados hemos podido observar que en los estudios, en los que la administración se realizaba de forma temprana, se redujo más la gravedad del SDR, la cronificación de la enfermedad y la morbilidad neonatal en comparación con la administración tardía.

En cuanto al coste de farmacia, resultan mucho más rentables en cuanto a calidad-precio los tensioactivos sintéticos que los naturales, ya que, como se ha recogido en esta revisión, ambos reducen el SDR y otras patologías relacionadas con la inmadurez respiratoria en los recién nacidos pretérmino, y su precio es mucho menor.

6 Bibliografía

- (1) Mullassery D, Smith NP. Lung development. In: *Seminars in pediatric surgery* 2015, aug 1 (Vol. 24, No. 4, pp. 152-155). WB Saunders.
- (2) Nikolić MZ, Sun D, Rawlins EL. Human lung development: recent progress and new challenges. *Development*. 2018 Aug 15;145(16):dev163485.
- (3) Knudsen L, Ochs M. The micromechanics of lung alveoli: structure and function of surfactant and tissue components. *Histochemistry and cell biology*. 2018 Dec;150:661-76.
- (4) Loering S, Cameron GJ, Starkey MR, Hansbro PM. Lung development and emerging roles for type 2 immunity. *The Journal of pathology*. 2019 Apr;247(5):686-96.
- (5) Holme, Nicola y Philip Chetcuti. "La fisiopatología del síndrome de dificultad respiratoria en neonatos". *Pediatría y salud infantil* 22.12 (2012): 507-512.
- (6) Seger N, Soll R, Cochrane Neonatal Group. Animal derived surfactant extract for treatment of respiratory distress syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 1996 Sep 1;2010(1).
- (7) Soll RF. Synthetic surfactant for respiratory distress syndrome in preterm infants (Cochrane Review). *The Cochrane Library*. 2004(4).
- (8) Ardell S, Pfister RH, Soll R. Animal derived surfactant extract versus protein free synthetic surfactant for the prevention and treatment of respiratory distress syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015(8).
- (9) McPherson C, Wambach JA. Prevention and treatment of respiratory distress syndrome in preterm neonates. *Neonatal Network*. 2018 May 1;37(3):169-77.
- (10) Kaniewska, Urszula y Ewa Gulczyńska. "La influencia de la técnica de administración de surfactante (LISA vs INSURE) en los resultados del tratamiento del síndrome de dificultad respiratoria en bebés prematuros". *Medicina del período de desarrollo* vol. 23,3 (2019): 163-171.
- (11) Hudak ML, Martin DJ, Egan EA, Matteson EJ, Cummings J, Jung AL, Kimberlin LV, Auten RL, Rosenberg AA, Asselin JM, Belcastro MR. A multicenter randomized masked comparison trial of synthetic surfactant versus calf lung surfactant extract in the prevention of neonatal respiratory distress syndrome. *Pediatrics*. 1997 Jul 1;100(1):39-50.
- (12) Sinha SK, Lacaze-Masmonteil T, Valls i Soler A, Wiswell TE, Gadzinowski J, Hajdu J, Bernstein G, Sanchez-Luna M, Segal R, Schaber CJ, Massaro J. A multicenter, randomized, controlled trial of lucinactant versus poractant alfa among

very premature infants at high risk for respiratory distress syndrome. *Pediatrics*. 2005, apr;115(4):1030-8.

(13) Moya F, Sinha S, Gadzinowski J, D'Agostino R, Segal R, Guardia C, Mazela J, Liu. G, SELECT and STAR Study Investigators. One-year follow-up of very preterm infants who received lucinactant for prevention of respiratory distress syndrome: results from 2 multicenter randomized, controlled trials. *Pediatrics*. 2007 Jun;119(6):e1361-70.

(14) Hudak ML, Farrell EE, Rosenberg AA, Jung AL, Auten RL, Durand DJ, Horgan, MJ, Buckwald S, Belcastro MR, Donohue PK, Carrion V. A multicenter randomized, masked comparison trial of natural versus synthetic surfactant for the treatment of respiratory distress syndrome. *The Journal of pediatrics*. 1996 Mar 1;128(3):396-406.

(15) Sehgal SS, Ewing CK, Richards T, Taeusch HW. Surfactante bovino modificado (Survanta) versus un surfactante libre de proteínas (Exosurf) en el tratamiento del síndrome de dificultad respiratoria en lactantes prematuros: un estudio piloto. *Revista de la Asociación Médica Nacional*. 1994 Enero;86(1):46.

(16) Ramanathan R, Biniwale M, Sekar K, Hanna N, Golombek S, Bhatia J, Naylor M, Fabbri L, Varoli G, Santoro D, Del Buono D. Synthetic surfactant CHF5633 compared with poractant alfa in the treatment of neonatal respiratory distress syndrome: a multicenter, double-blind, randomized, controlled clinical trial. *The Journal of Pediatrics*. 2020 Oct 1;225:90-6.

(17) Ainsworth SB, Beresford MW, Milligan DW, Shaw NJ, Matthews JN, Fenton AC, Platt MW. Pumactant and poractant alfa for treatment of respiratory distress syndrome in neonates born at 25–29 weeks' gestation: a randomised trial. *The Lancet*. 2000, apr 22;355(9213):1387-92.

(18) Patel DV, Bansal SC, Shah M, Patel CL, Patil K, Nimbalkar SM. Natural versus synthetic surfactant therapy in respiratory distress syndrome of prematurity. *Indian Journal of Pediatrics*. 2022 Nov;89(11):1086-92.

(19) Horbar JD, Wright LL, Soll RF, Wright EC, Fanaroff AA, Korones SB, Shankaran S, Oh W, Fletcher BD, Bauer CR, Tyson JE. A multicenter randomized trial comparing two surfactants for the treatment of neonatal respiratory distress syndrome. *The Journal of pediatrics*. 1993 Nov 1;123(5):757-66.

(20) Vermont-Oxford Neonatal Network. A multicenter, randomized trial comparing synthetic surfactant with modified bovine surfactant extract in the treatment of neonatal respiratory distress syndrome. *Pediatrics*. 1996 Jan;97(1):1-6.

(21) Pfister RH, Soll R, Wiswell TE. Protein-containing synthetic surfactant versus protein-free synthetic surfactant for the prevention and treatment of respiratory

distress syndrome. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2009(4).

(22) Bahadue FL, Soll R. Early versus delayed selective surfactant treatment for neonatal respiratory distress syndrome. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012(11).

(23) OSIRIS Collaborative Group. Early versus delayed neonatal administration of a synthetic surfactant—the judgment of OSIRIS. *The Lancet*. 1992, dec 5;340(8832):1363-9.

(24) Konishi M, Fujiwara T, Chida S, Maeta H, Shimada S, Kasai T, Fujii Y, Murakami, Y. A prospective, randomized trial of early versus late administration of a single dose of surfactant-TA. *Early human development*. 1992 Jun 1;29(1-3):275-82.

Capítulo 108

PERSONAL DE ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO SOBRE SU ACTUACIÓN EN EL DIAGNÓSTICO DE UN ADENOCARCINOMA GÁSTRICO

NOELIA RAMOS CAMINO

SARA TEJEDA BORJA

CRISTINA MEJÍA SÁNCHEZ

ISABEL MAROTO AVILÉS

MARIA ESTRELLA DIAZ CASAS

1 Introducción

El cáncer gástrico es el quinto cáncer más frecuente, y supone la tercera causa de muerte con cáncer. Una detección temprana junto a un correcto estadiaje mediante técnicas de imagen, aumenta la supervivencia y reduce la morbilidad de los pacientes con dicha enfermedad.

La ecoendoscopia es la prueba de imagen de referencia para la estadificación local del tumor, principalmente para establecer la afectación en profundidad de la pared gástrica y detectar la presencia de adenopatías metastásicas regionales. Los siguientes factores pueden elevar el riesgo que tiene una persona de presentar cáncer de estómago: - Edad. El cáncer de estómago ocurre con mayor frecuencia

en personas mayores de 55 años. La mayoría de las personas con diagnóstico de cáncer de estómago tienen entre 60 y 70 años.

- Sexo. Los hombres tienen el doble de probabilidades de presentar cáncer de estómago que las mujeres.
 - Bacterias. Principalmente el *Helicobacter pylori*, ya que causa inflamación y úlceras gástricas.
 - Antecedentes genéticos/familiares. Las personas que tienen un padre, hijo o hermano con cáncer de estómago tienen más riesgo de presentar la enfermedad. Además, determinadas alteraciones genéticas hereditarias, como cáncer gástrico difuso hereditario, síndrome de Lynch, cáncer de mama y ovario hereditario, y la poliposis adenomatosa familiar, pueden aumentar el riesgo de cáncer gástrico.
 - Raza/origen étnico. El cáncer de estómago es más frecuente en las personas de raza negra, hispana o asiática que en las de raza blanca.
- Alimentación. Una dieta con alto contenido de sal puede aumentar el riesgo de cáncer de estómago.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo de libro consiste en describir un caso clínico para exponer el diagnóstico de la enfermedad por parte del personal de enfermería.

3 Caso clínico

Julia tiene 44 años, viene experimentando una pérdida de peso considerable, pero hasta los 12 kilos no ha acudido a su médico de atención primaria porque tenía sobrepeso y pensaba que la dieta que había iniciado la estaba yendo bien, su médico del centro de salud realiza una analítica con marcadores tiroideos y marcadores ginecológicos por la edad que tiene la paciente y por la retirada del periodo que es el motivo de consulta de la paciente en una primera instancia.

El resultado de los análisis refleja anemia, falta de vitamina D y falta de vitamina K, además de una muy alta eosinofilia, siendo el resto de los marcadores normales, se la deriva a medicina interna y a la consulta de ginecología para una exploración.

En la consulta de ginecología, tras análisis y exploración se provoca la falta del periodo a la brusca pérdida de peso y se la insta a que su aparato reproductor funciona perfectamente y su nivel hormonal está dentro de su edad y sigue siendo una mujer fértil sin signos de premenopausia.

En medicina interna se la realiza una entrevista clínica en la que la paciente no refleja signos externos a excepción de la pérdida de peso de la que no se tiene

constancia anterior en su historia clínica.

Se la cita para el día siguiente para realizar una endoscopia de las vías digestivas altas, mediante la cámara al realizar la prueba se observa una necrosis en la zona antro pilórica del gástrico lo que se procede al ingreso de la paciente y se procede a su intervención quirúrgica para la resección de toda la zona afectada y parte del duodeno que también se encontraba necrosado, después de la operación y tras la recuperación de la operación se somete la paciente a la quimioterapia en sesiones cada 21 días con un total de 12 cumpliendo con el tratamiento mixto y recibirá revisiones periódicas hasta el alta total del paciente.

4 Discusión-Conclusión

La recomendación del tratamiento para el adenocarcinoma gástrico tiene un protocolo dentro de los dos primeros estadios como ocurre en nuestro caso clínico, la resección de la parte del estómago que pueda salvar la función del aparato digestivo es primordial para mantener la vida del paciente con una calidad de vida durante el tratamiento.

Después de la intervención quirúrgica se somete el paciente a sesiones de quimioterapia para reducir el tumor en aquellas zonas que no se puede llegar con la intervención quirúrgica y porque en el sistema digestivo la probabilidad de migrar las células cancerígenas son muy altas y por protocolo se recomienda las sesiones en estándar de quimioterapia.

5 Bibliografía

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

Capítulo 109

ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO SOBRE SU ACTUACIÓN EN EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO BIPOLAR TIPO I

NOELIA RAMOS CAMINO

SARA TEJEDA BORJA

CRISTINA MEJÍA SÁNCHEZ

ISABEL MAROTO AVILÉS

MARIA ESTRELLA DIAZ CASAS

1 Introducción

El trastorno bipolar se caracteriza por sufrir altos y bajos extremos en el estado de ánimo, como puede ser ir de euforia a la depresión, teniendo descansos entre estos cambios de humor que suelen ser duraderos y estable. Estos cambios suelen durar varios días, incluso semanas y meses. No se le relaciona con las relaciones interpersonales del sujeto.

El trastorno bipolar, es un trastorno del estado de ánimo , vinculado a la euforia que aparece sólo en la fase maníaca. De hecho, pueden existir períodos libres de síntomas. Al igual que la impulsividad, que sólo se presenta en fases maníacas/hipomaníacas.

Los sujetos con Trastorno Bipolar pasan de tener la autoestima elevada a fases depresivas, agresivas. No se pasa muy rápidamente de un estado a otro, tardan un poco. Existen diferentes diagnósticos de Trastorno Bipolar dependiendo de si se ha sufrido, al menos un episodio maníaco o, al menos, un episodio depresivo mayor o un episodio hipomaniaco.

La manía es más grave y causa mayores problemas que la hipomanía. Algunos de los efectos son: fracaso académico u ocupacional, rechazo escolar, aislamiento social, abuso sustancias nocivas y/o conductas autolesivas. Todos estos factores característicos se pueden encontrar en personas que tengan un trastorno bipolar.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo de libro consiste en exponer por parte del personal de enfermería un caso clínico sobre su actuación en el diagnóstico del trastorno bipolar tipo I.

3 Caso clínico

José Luis acude a la consulta del psiquiatra con su madre, tiene 38 años, en la entrevista clínica los dos están de acuerdo en que tiene una personalidad de un lado a otro, pero que esa es su forma de ser. Tiene épocas en la que está triste y no hace prácticamente nada, tiene una explotación ganadera heredada de la familia y no necesita mucho durante largos periodos por lo que mantiene bien el ganado, pero según mantiene la madre se levanta un día con las pilas cargadas y reforma la nave, limpia las fincas, compra ganado, hace buenas inversiones y tiene una vida social intensa, duerme poco y tiene grandes proyectos. Esto se mantiene en el tiempo aproximadamente unos tres o cuatro meses y otro día se levanta y vuelve al estado anterior, hace lo justo en el trabajo y porque dice que tiene ganado y tiene que comer y beber que si no fuera así, ni se molestaba en ir, no sale y se pasa el día viendo la tele o malgastando el tiempo. Hasta ahora este tipo de forma de ser había sido normal pero el otro día al entrar en la cocina, su madre encontró a José Luis debajo de la mesa llorando diciendo que le había llamado Dios para salvar el mundo y que no iba a ser capaz y que todos los demonios venían en busca suya y que lo querían matar, entre varios familiares consiguieron calmarlo y de tanto llorar se quedó dormido.

A la mañana siguiente se levantó y no recordaba nada de lo que había ocurrido el día anterior, al contárselo no se lo podía creer y seguía sin recordar por eso ha decidido acudir con su madre a la consulta del psiquiatra por recomendación de

12 su médico del centro de salud. Se le ha diagnosticado un trastorno bipolar de tipo I y se le pone en tratamiento de inmediato con buenos resultados.

4 Discusión-Conclusión

El trastorno Bipolar tipo I tiene la recomendación de un tratamiento combinado de terapia farmacológico con inhibidores de GABA y al mismo tiempo con terapia cognitivo conductual. Si el paciente sigue la terapia individual y la terapia conjunta con la farmacología adecuada se puede llevar una vida adaptada a una vida diaria normalizada con la mínima aparición de los episodios de manía que es lo que se trata de evitar con la farmacología, esta suele ir acompañada de un aura que es lo único que recuerda el paciente que es lo que se trata en las sesiones individuales para poder controlar ese síntoma y poder así llevar los posteriores antes de que aparezca la manía por completo.

5 Bibliografía

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

Capítulo 110

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO SOBRE EL CÁNCER DE MAMA

NOELIA RAMOS CAMINO

SARA TEJEDA BORJA

CRISTINA MEJÍA SÁNCHEZ

ISABEL MAROTO AVILÉS

MARIA ESTRELLA DIAZ CASAS

1 Introducción

La segunda causa de fallecimiento tras las afecciones de tipo vascular es el tumor maligno de mama, siendo este el cáncer con mayor incidencia el sexo femenino. Las costumbres y prácticas diarias son una de las cosas que los trabajadores del sector de enfermería pueden cambiar en el paciente o informar de la importancia que tienen en la salud.

El cáncer de mama es una enfermedad que afecta a un gran número de mujeres en todo el mundo. Se caracteriza por el crecimiento anormal de células malignas en los tejidos mamarios. Aunque existen diversos factores de riesgo asociados al desarrollo de esta enfermedad, es importante destacar que algunos de ellos son modificables, lo que significa que se pueden cambiar o controlar para reducir la posibilidad de padecer cáncer de mama.

El cáncer, en general, es una enfermedad compleja y multifactorial que puede afectar a cualquier persona, sin embargo, es importante destacar que existen factores de riesgo que pueden aumentar la probabilidad de desarrollar esta enfermedad.

Por fortuna, muchos de estos factores se pueden modificar, lo que significa que se pueden cambiar o controlar para reducir el riesgo de cáncer y promover un estilo de vida más saludable y más beneficioso para la salud de cada persona.

2 Objetivos

Describir un caso clínico para exponer el diagnóstico de la enfermedad por parte del personal de enfermería.

3 Caso clínico

Sara de 48 años, tiene reglas regulares y en un análisis de rutina sus marcadores hormonales están dentro del rango de fertilidad normal para su edad, debido a la pandemia no ha acudido al screening que realiza cada dos años la seguridad social a las mujeres mayores de 45 años.

En la ducha se ha notado un bulto y al día siguiente acude a su centro de salud. Su médico de atención primaria dice que ante la vuelta a la normalidad quedan cuatro meses para la nueva citación para la mamografía y que la va a derivar al hospital para que la realicen una para descartar.

Se la cita a los cuatro días, la mamografía aprecia una masa que es complementada en la misma consulta con una ecografía, apreciándose las dimensiones de una masa localizada en el plano posterior de la mama izquierda.

Se emplaza a la paciente a realizarla la recogida de muestra en una biopsia para analizar en la misma consulta, el resultado de la biopsia son células cancerígenas, se ingresa a la paciente en la planta de tocología para la resección del nódulo centinela y de los ganglios adyacentes extrayéndose en quirófano un total de 46. Tras la operación y la cura de la herida se desplaza a la paciente al oncólogo para el procedimiento de la realización de las sesiones de quimioterapia, que constará de 12 sesiones cada 21 días tras análisis de marcadores y de sistema inmune que pueda soportar el tratamiento.

Cumpliendo la pauta completa se procede a dar el alta a la paciente del proceso, procediendo a su revisión rutinaria cada tres, seis y anual hasta cumplir los tres años consecutivos para poder recibir el alta total del proceso.

4 Discusión-Conclusión

El cáncer de mama es una enfermedad que afecta a muchas mujeres en todo el mundo, pero es alentador saber que algunos de los factores de riesgo asociados a esta enfermedad son modificables. Adoptar un estilo de vida saludable, que incluya una alimentación equilibrada, actividad física regular, limitación del consumo de alcohol y evitar el tabaquismo, puede reducir la posibilidad de desarrollar cáncer de mama.

La recomendación del cáncer de mama tiene una recomendación en la realización de screening para su prevención, en la actualidad las comunidades autónomas marcan cuál es la edad de inicio de este screening, cada cuanto tiempo se realizan y cuál es la edad de finalización de las mismas.

Entre los datos hemos hallado que la recomendación de Castilla la Mancha es la más amplia y la que podemos hacer extensiva como recomendación al resto de comunidades, esta empieza a los 45 años, de forma bianual hasta cumplir los 80 años, no obstante se recomienda que se acude al centro de primaria a realizar una exploración ante la aparición de cualquier bulto entre screening.

5 Bibliografía

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

Capítulo 111

SEGURIDAD Y LA DIETA VEGETARIANA DURANTE LA GESTACIÓN.

ANA TRUEBA GONZÁLEZ

ESTHER NAVARRO GÓMEZ

ESPERANZA CARCHANO ALCARAZ

FLORENTINA DIANA LAMBRU

VIRGINIA TAJUELO FLORES

1 Introducción

Existen diversos tipos de dietas alimenticias, entre estas se encuentran la dieta vegetariana, que incluye distintos patrones que van desde el más restrictivo, desde el punto de vista alimenticio, siendo este el veganismo (consiste en una dieta carente de productos cárnicos, lácteos, pescado, huevos y cualquier producto que derive de origen animal como: miel, mantequilla, etc.), hasta los más permisivos, como la lacto-vegetariana (admite el consumo de lácteos), ovo-vegetariana (incluye el huevo) y ovo-lacto-vegetariana (permite el consumo de alimentos lácteos y huevos).

En definitiva, cualquier tipo de dieta vegetariana se basa en una dieta compuesta por cereales, legumbres, frutos secos, semillas, verduras, frutas, hortalizas

y aceites. La seguridad de la dieta vegetariana durante el embarazo es una preocupación importante para muchas mujeres que eligen seguir un estilo de vida vegetariano o vegano mientras esperan un hijo.

A lo largo de las últimas décadas, ha habido un crecimiento significativo en la popularidad de esta dieta debido a por diversos motivos: éticos, ecológicos, filosóficos, creencias religiosas, etc. De hecho, en Europa se estima que el seguimiento de una dieta vegetariana oscila entre el 1,2 y el 1,5% de la población en Portugal y España, respectivamente, y asciende al 7% en el Reino Unido y al 10% en Alemania. Sin embargo, durante el embarazo, es esencial abordar cuidadosamente las necesidades nutricionales para garantizar un desarrollo fetal saludable y el bienestar de la madre, por ello es necesario aumentar el conocimiento de los sanitarios en este ámbito.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la seguridad de seguir una dieta vegetariana durante el periodo de gestación en mujeres embarazadas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 principal preocupación de las gestantes es la seguridad y si es posible la continuidad de la dieta vegetariana durante la gestación, el presente estudio revela que las mujeres embarazadas que siguen una dieta vegetariana enfrentan diversos déficits nutricionales específicos, como la disminución de la cobalamina sérica, de los ácidos grasos placentarios y vitamina B12 que pueden aumentar el riesgo de complicaciones durante el embarazo y malformaciones fetales. Aunque también se observaron mejores concentraciones de folato sérico frente a las gestantes con una dieta omnívora y una presión arterial menor a la de las gestantes omnívoras.

Estos datos nos revelan que el folato sérico ayuda al correcto desarrollo del tubo neural del feto, pero el aumento que aporta la dieta vegetariana no compensa el desequilibrio en comparación con el déficit de cobalamina, siendo también importante para el correcto desarrollo neurológico del feto.

Por otra parte, la vitamina B12 también se encuentra mayormente reducida en gestantes vegetariana o veganas en comparación con las gestantes omnívoras, siendo esta vitamina muy importante también para el desarrollo neurológico del feto. Además, está el déficit de ácidos grasos que constituyen la placenta, que podría provocar una alteración en el intercambio de nutrientes fetales, y eso explicaría los datos obtenidos en diversos estudios en los que se observó un peso más reducido de los neonatos de las gestantes vegetarianas o veganas.

A pesar de estos datos, la literatura encontrada determina que las diferencias halladas no son estadísticamente significativas para representar un riesgo elevado tanto para la salud de la gestante como la del feto y que teniendo en cuenta estos factores de riesgo se podría realizar una gestación segura basada en una alimentación vegetariana o vegana.

Para ello, es necesario que los profesionales que nos realicen el seguimiento de la gestación sean conscientes de que esa paciente sigue una dieta sin consumo de alimentos de origen animal y aconseje una dieta segura y con mayor aporte de alimentos que aumenten o mantengan unos buenos valores de estos componentes que se ven reducidos en este estudio, como última opción se podría valorar el consumo de suplementos alimenticios.

5 Discusión-Conclusión

Durante este estudio, han sido expuestos los desafíos nutricionales que enfrentan las mujeres embarazadas que tienen un estilo de vida vegetariano o vegano. A pesar de estos, se ha evidenciado que es posible realizar una dieta vegetariana durante el embarazo, de manera segura y saludable cuando se planifica adecuadamente. Además, se ha resaltado la importancia de educar adecuadamente al personal sanitario para abordar de manera efectiva un embarazo seguro en pacientes vegetarianas o veganas. Se debe de seguir estudiando sobre estas líneas de trabajo para investigar si hay otros valores nutricionales alterados en este tipo de dietas y así abordar su déficit de manera precoz y evitar alteraciones y riesgos a largo plazo.

6 Bibliografía

1. Ibrahim M, Abderhman N, ismeil A. The impact of heart failure on renal functions in patients admitted to Wad-Madani Heart Center. *J Health Sci.* 25 de febrero de 2022.
2. Sebastiani G, Herranz Barbero A, Borrás-Novell C, Alsina Casanova M, Aldecoa-Bilbao V, Andreu-Fernández V, et al. The Effects of Vegetarian and Vegan Diet during Pregnancy on the Health of Mothers and Offspring. *Nutrients.* 6 de marzo de 2019;11(3):557.
3. Nutrients | Free Full-Text | Vegan Nutrition for Mothers and Children: Practical Tools for Healthcare Providers [Internet]. [citado 12 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2072-6643/11/1/5>.
4. Yisahak SF, Hinkle SN, Mumford SL, Li M, Andriessen VC, Grantz KL, et al. Vegetarian diets during pregnancy, and maternal and neonatal outcomes. *Int J Epidemiol.* 24 de noviembre de 2020;50(1):165-78.
5. Crozier SR, Godfrey KM, Calder PC, Robinson SM, Inskip HM, Baird J, et al. Vegetarian Diet during Pregnancy Is Not Associated with Poorer Cognitive Performance in Children at Age 6–7 Years. *Nutrients.* 11 de diciembre de 2019;11(12):3029.

Capítulo 112

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE SOMETIDO A VENTILACIÓN MECÁNICA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

LUCÍA MORENO BRIONES

JORGE PÉREZ PÉREZ

1 Introducción

En la unidad de cuidados intensivos, es frecuente que la enfermera tenga a su cargo pacientes que están sometidos a ventilación mecánica, la cual tiene el fin de sustituir la ventilación respiratoria de nuestro paciente cuando este no puede hacerlo por sí mismo ya sea debido a que su enfermedad se lo impida o a que esté bajo los efectos de una sedo-analgesia combinada con drogas vasoactivas.

Así mismo, el personal de enfermería debe conocer cómo funciona la ventilación mecánica, puesto que, existen varios modos dependiendo del fin y la enfermedad que tenga el paciente, así como los cambios fisiológicos, metabólicos y consecuencias que esta puede tener dependiendo del tipo de estancia de nuestro paciente en la unidad de cuidados intensivos.

Cabe recordar que las vías respiratorias se consideran una vía estéril, y que, por ello, todo el personal sanitario deberá estudiar cuales son los cuidados estériles y/o asépticos más acertados en el momento de manipulación de la vía aérea del paciente. Además, deberá encargarse de realizar unos cuidados higiénicos diarios al tubo o mascarilla que tenga el paciente para evitar posibles complicaciones a

posteriori que puedan llegar a ser peor que la patología que traía el paciente de base.

2 Objetivos

- Identificar cómo la ventilación mecánica puede afectar a diferentes patologías comunes en unidad de cuidados críticos
- Describir los parámetros ventilatorios más relevantes a monitorear para el personal de enfermería en la unidad de cuidados intensivos.

3 Metodología

A la hora de realizar el artículo, se estableció una metodología enfocada a una revisión bibliográfica narrativa, la búsqueda fue realizada en bases de datos como PubMed o Scielo estableciendo unos criterios de exclusión como lo fue un rango de años de búsqueda (2015-2023) o el tipo de paciente, siendo tan solo de pacientes adultos (excluyendo a los pediátricos o los neonatos).

4 Resultados

Para comenzar, es de vital importancia que el enfermero conozca las interacciones entre la ventilación mecánica y la función cardio-respiratoria, puesto que, cuando tenemos un paciente sometido a esta suelen suceder una serie de cambios que pueden llegar a cambiar el estado hemodinámico de este. La interacción entre corazón y pulmón se debe a que el corazón está situado entre los pulmones (fosa yuxtacavitaria) por lo que, si la presión de los pulmones es muy alta, el corazón también se verá influenciado por esta, influyendo a su vez en parámetros como el gasto cardíaco. Sin embargo, cabe decir que la ventilación mecánica debe personalizarse dependiendo del tipo de paciente y la patología que este tenga. (1,2) Para aquellos pacientes que tengan unas vías respiratorias rígidas como lo son los síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) tendrán una mayor vasoconstricción por la insuficiencia cardíaca derecha que este crea. Por tanto, al haber un mayor riesgo de hipoxia, habrá que evitar que el ventilador alcance altas presiones, para ello se intentará situar al paciente en decúbito prono para mejorar la función cardíaca del ventrículo y que mejore a su vez la poscarga de este. (2) Si por otro lado, el paciente muestra una insuficiencia renal aguda, tienen más probabilidad de necesitar ventilación mecánica, mientras que si no la tienen, el

hecho de estar bajo la ventilación mecánica aumenta el riesgo de desarrollarla al disminuir el flujo sanguíneo renal y por tanto la tasa de filtrado menguara y sería conveniente monitorizar la PIA (Presión Intra Abdominal) para vigilar signos de edema renal y por tanto fracaso renal. (2,3)

Como se ha visto, la ventilación mecánica es útil para muchos tipos de pacientes, sin embargo, es esencial que la enfermería en la unidad de cuidados intensivos conozca los principales parámetros para identificar cuándo el paciente no la está tolerando bien o es necesario avisar al intensivista. (4)

Primeramente, la enfermera deberá cerciorarse de la que vía respiratoria del paciente esté correctamente aislada en base al Proyecto Neumonía Zero a través del neumotaponamiento, así como realizar la higiene de la boca con clorhexidina entre otras. (5)

A grandes rasgos, la ventilación podemos programarla por tres tipos:

- Por volumen: En la cual se manda al paciente un volumen constante y presión variable en la que la mayor parte del trabajo respiratorio se hace a través del respirador y no del paciente. Este tipo de programa se le suele aplicar a aquellos pacientes que son totalmente incapaces de respirar por ellos mismos, aunque tiene el inconveniente de que es el que más lesiones pulmonares crea.

- Por presión: En este modo el respirador manda tan solo un volumen variable hasta que llegue a una presión determinada, de este modo las respiraciones irán marcadas por el paciente, aportando tan solo el volumen que este demande, con el problema de que el volumen dependerá mucho del estado de la vía aérea del paciente.

- Por doble control: es una combinación de ambos, en el cual las respiraciones están marcadas por el ventilador y se manda el flujo que demanda el paciente.

En cuanto a los parámetros más útiles podemos destacar:

- FiO₂: Es el % de oxígeno que estamos introduciendo al paciente

- Volumen Corriente: Cantidad de aire que el ventilador insufla al paciente por cada respiración

- Volumen Minuto: Cantidad de aire que se insufla en un minuto, cuando este es muy bajo nos indicará que hay una fuga de aire, pudiendo ser este una desconexión.

- CPAP y PEEP: Presión Positiva continua durante inspiración y espiración y Presión Positiva continua marcada al final de la inspiración. Estas presiones impiden que los alvéolos colapsen por el retorno del aire. Si la PEEP sube mucho significa que hay algo que la está frenando, pudiendo ser codos en las tubuladuras o secreciones del paciente.(6)

5 Discusión-Conclusión

Como se ha visto, el paciente sometido a cuidados críticos requiere en varias ocasiones de ventilación mecánica que, aunque resulta útil, se debe ser consecuente con los resultados positivos y negativos que esta puede tener, por ello, el personal de enfermería debe estar al tanto de la realización de una buena higiene del tubo y de las vías respiratorias del paciente para evitar las neumonías en la unidad de cuidados intensivos y a su vez, identificar qué parámetros respiratorios deberá observar con más detenimiento a la hora de monitorizar la ventilación mecánica y el modo en el que esta ha sido programada.(7)

6 Bibliografía

1. Silva PL, Ball L, Rocco PRM, Pelosi P. Physiological and Pathophysiological Consequences of Mechanical Ventilation. *Semin Respir Crit Care Med* [Internet]. 2022 Jul 27 [cited 2023 Oct 9];43(3):321–34. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35439832/>
2. Grüber Martin R, Olivier W, David B, Stefan B. Basic concepts of heart-lung interactions during mechanical ventilation. *Swiss Med Wkly* [Internet]. 2017 [cited 2023 Oct 6];147(37–38). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28944931/>
3. Walcher A, Faubel S, Keniston A, Dennen P. In critically ill patients requiring CRRT, AKI is associated with increased respiratory failure and death versus ESRD. *Ren Fail* [Internet]. 2011 Nov [cited 2023 Oct 9];33(10):935–42. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21910664/>
4. Chawla R, Dixit SB, Zirpe KG, Chaudhry D, Khilnani GC, Mehta Y, et al. IS-CCM Guidelines for the Use of Non-invasive Ventilation in Acute Respiratory Failure in Adult ICUs. *Indian J Crit Care Med* [Internet]. 2020 Jan [cited 2023 Oct 9];24(Suppl 1):S61–81. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32205957>
5. Seguridad del Paciente - Proyecto Neumonía Zero. Prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica [Internet]. [cited 2023 Oct 9]. Available from: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/proyectos/financiacionEstudios/colaboracionSSCC/semicyuc/neumoniaZero.htm>
6. López-Herce J, Carrillo Á. Ventilación mecánica: indicaciones, modalidades y programación y controles. *Anales de Pediatría Continuada* [Internet]. 2008 Dec 1 [cited 2023 Oct 9];6(6):321–9. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-ventilacion-mecanica-indicaciones->

modalidades-programacion-S1696281808755975

7. Subirà C, de Haro C, Magrans R, Fernández R, Blanch L. Minimizing Asynchronies in Mechanical Ventilation: Current and Future Trends. *Respir Care* [Internet]. 2018 Apr 1 [cited 2023 Oct 9];63(4):464–78. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29487094/>

Capítulo 113

EDUCACIÓN PARA LA SALUD: BENEFICIOS SOBRE LA DIETA MEDITERRÁNEA Y RECOMENDACIONES NUTRICIONALES ENFOCADAS A LA ATENCIÓN PRIMARIA

LUCÍA MORENO BRIONES

JORGE PÉREZ PÉREZ

1 Introducción

En pleno siglo XXI, se ha visto cómo a con el paso de los años, la población ha tenido un abandono de la dieta mediterránea aumentando el consumo de comida precocinada pobre en nutrientes, lo que ha desencadenado altos índice de obesidad y sobrepeso en las poblaciones más jóvenes, afectando a largo plazo a la salud cardiovascular de la población, sin olvidar que es prioritario el ejercicio físico aparte de comer saludable. (1)

La dieta mediterránea ha pasado de generación en generación a través de toda Europa por su contenido en carbohidratos provenientes de las legumbres y la cebada, así como proteínas de carnes blancas o pescado (en sustitución de las rojas). Esta dieta también es mundialmente conocida por utilizar como fuente de grasas vegetales el aceite de oliva y como grasas animales la leche o el queso. Todo ello sumado a un aporte diario de agua y ejercicio físico aportan a nuestra

población un correcto desarrollo psicomotor y una dieta saludable que incluye todos los grupos esenciales de aminoácidos y energía entre otros.(2)

Por ello, es importante en el campo de la atención primaria que enfermería capte la atención de la población, entre ellos, los más jóvenes para evitar problemas a posteriori que puedan perjudicar la salud de nuestra población como lo pueden ser los de carácter cardiovascular o la diabetes.(2)

2 Objetivos

- Identificar qué es y los principales beneficios que aporta una dieta mediterránea en la población.
- Describir las técnicas más acertadas para captar a la población y fomentar la adherencia a la dieta mediterránea.

3 Metodología

En la ejecución de esta revisión bibliográfica se realizó una búsqueda avanzada de las bases de datos y buscadores científicos seleccionados como Scielo o Google académico respectivamente en base a unos criterios de inclusión y exclusión seleccionados, siendo el periodo de búsqueda desde 2016 hasta 2023.

4 Resultados

Desde el punto de vista enfermero, el momento más importante para incidir en la dieta de la población es en la infancia, pudiendo llegar a adoptar hábitos saludables en el estilo de vida que perduren durante el resto de la vida del paciente y que le ayuden a evitar caer en la patología.(2,3)

La dieta mediterránea ha demostrado tener grandes beneficios desde la infancia evitando la obesidad, como en mujeres con edad perimenopausia ayudando a controlar la patología de base que estas traían. En este estudio se observó cómo la dieta mediterránea disminuyó la grasa visceral en el grupo intervención, la cual demostró tener una relación más directa con el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular con respecto al Índice de Masa Corporal (IMC), a diferencia del grupo control.(4)

En las poblaciones más jóvenes se está intentando rescatar la dieta mediterránea en el ámbito escolar, así como las actividades de educación física para fomentar la práctica de la actividad física a través del deporte que, aunque se ha visto que

comienzan a dar resultados, aún queda camino por trabajar para disminuir la prevalencia de obesidad juvenil. (5)

Desde el punto de vista enfermero se puede tratar de llamar la atención de la población a través de citas programadas en la consulta de atención primaria y fomentar la adhesión a la dieta mediterránea a través de cuestionarios como el MEDAS-14 ítems, en el cual se responderá a una serie de preguntas en relación a si se cumple o no la dieta como lo puede ser la medida en la que se utiliza aceite de oliva en las comidas, las raciones de verdura o fruta que se realizan al día, el consumo prioritario de carnes blancas sobre rojas o el consumo de bollería(5,6).

5 Discusión-Conclusión

Como se ha observado, la dieta mediterránea ha demostrado ser una dieta que aporta energía a través de los carbohidratos en forma de legumbres y cereales, proteínas a través de carnes blancas y pescado prioritariamente frente a las carnes rojas o la toma de frutas y verduras 3 veces al día. Por otro lado, es importante que se aporte y se anime a los jóvenes a realizar ejercicio físico aparte de llevar una correcta dieta. Desde enfermería se puede tratar de fomentar la dieta mediterránea en la población, desde la más jóvenes evitando el consumo de comidas precocinadas como de los más adultos fomentando la adhesión para evitar la enfermedad cardiovascular.(4,5,7)

6 Bibliografía

1. Intervención educativa mediante una propuesta de gamificación para mejorar la adhesión a la dieta mediterránea en estudiantes gallegos de primaria [Internet]. [cited 2023 Oct 10]. Available from: https://investigo.biblioteca.uvigo.es/xmlui/bitstream/handle/11093/4586/Garc%C3%ADaOrd%C3%B3%C3%B1ez_Enrique_2022_Int_edu_med.pdf?sequence=4&isAllowed=y
2. Melguizo Ibáñez E, Ortega Z, Luis J, Jiménez U, González Valero G. Niveles de adherencia a la dieta mediterránea e inteligencia emocional en estudiantes del tercer ciclo de educación primaria de la provincia de Granada Levels of adherence to the Mediterranean diet and emotional intelligence in students of the third cycle of elementary education from the province of Granada. [cited 2023 Oct 10];40:264. Available from: <https://recyt.fecyt.es/index.php/retos/index>
3. Abandono de la dieta mediterránea en una población de alto riesgo cardiovascular [Internet]. [cited 2023 Oct 10]. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112004000700073

4. Soto Rodríguez A, García Soidán JL, de Toro Santos M, Lagoa Labrador F, Failde Garrido JM, Pérez Fernández MR. Benefits of an educational intervention on diet and anthropometric profile of women with one cardiovascular risk factor. *Medicina Clínica (English Edition)* [Internet]. 2016 May 20 [cited 2023 Oct 10];146(10):436–9. Available from: <https://www.elsevier.es/en-revista-medicina-clinica-english-edition--462-articulo-benefits-an-educational-intervention-on-S2387020616303655>
5. Francisco López-Gil J, Maria De Camargo E, Luis J, Lucas Y. Adherencia a la dieta mediterránea en escolares de Educación Primaria partícipes en actividad física: una revisión sistemática. *Cultura, ciencia y deporte*, ISSN 1696-5043, Vol 15, No 44, 2020, págs 267-275 [Internet]. 2020 [cited 2023 Oct 10];15(44):267–75. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7427877&info=resumen&idioma=ENG>
6. Alexandre I, García Á. Adherencia a la Dieta Mediterránea mediante un blog de Enfermería para la mejora de las personas con diagnóstico de ansiedad. 2021 May 5 [cited 2023 Oct 10]; Available from: <http://dspace.uib.es/xmlui/handle/11201/158680>

Capítulo 114

EL ABORDAJE DE LA SEXUALIDAD EN EL PACIENTE OSTOMIZADO

LAURA GARCIA CALVO

NADIA CÁRCABA PÉREZ

ISABEL VILLANUEVA FERNÁNDEZ

BLANCA GONZÁLEZ ÁLVAREZ

LIDIA GARCÍA CHARRO

1 Introducción

El término “ostomizado” hace referencia a aquellos individuos que presentan una ostomía. Existen diferentes tipos de ostomías según la función que presentan. El siguiente capítulo va a centrarse en las ostomías de eliminación.

Una ostomía de eliminación es un procedimiento quirúrgico en el cual se crea una abertura artificial, llamada estoma, en un órgano hueco o entre dos de ellos con el objetivo de derivar la salida de heces (ostomías digestivas o intestinales) u orina (ostomías urinarias o urostomías) al exterior.

Las ostomías digestivas se denominan en función del órgano o segmento que se exterioriza en la intervención. De esta manera, existen dos tipos: ileostomía y colostomía, en las cuales se exteriorizan el íleon (intestino delgado) y el colon (intestino grueso) respectivamente. En función de si es posible restablecer o no el tránsito habitual de eliminación, una ostomía puede ser temporal o permanente.

En España habitan más de 70000 personas con una ostomía y anualmente son registrados alrededor de 16000 casos nuevos.

Los individuos que se someten a una cirugía de ostomía deben enfrentarse no solo a las dificultades asociadas con el tratamiento de la enfermedad o de la propia enfermedad, sino también a los cambios físicos, sociales, psicológicos y emocionales resultantes de la ostomía y que afectan al individuo de manera multidimensional, incluyendo su sexualidad.

La calidad de vida es un término amplio e integral definido por la Organización Mundial de La Salud (OMS) como la percepción que tiene un individuo de su posición en la vida en el contexto del sistema cultural y de valores en el cual vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones.

La sexualidad es considerada uno de los pilares de la calidad de vida por su multidimensionalidad con relación a aspectos biopsicosociales de cada individuo, incluyendo su potencial biológico, emociones y creencias adquiridas y modificadas durante su proceso de socialización. Según la opinión de los pacientes, las limitaciones en su vida sexual después de la creación del estoma contribuyen a tener una menor calidad de vida.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Determinar cómo repercute en la calidad de vida del paciente ostomizado que la enfermera aborde la sexualidad.

Objetivos secundarios:

- Comprender el impacto de la ostomía en la sexualidad del paciente ostomizado.
- Analizar la relación entre la sexualidad y calidad de vida del paciente ostomizado.
- Conocer las acciones que la enfermera puede llevar a cabo en relación con la sexualidad del paciente ostomizado.
- Identificar los beneficios de que la enfermera aborde la sexualidad en el paciente ostomizado.

3 Metodología

Para la elaboración del siguiente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de documentos en las siguientes bases de datos: Pubmed, LILACS

(Latin American Literature and Caribbean Center on health sciences), Cuiden y CINAHL (Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature), seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas en español, inglés o portugués, en el período de 2013 a 2023.

Para realizar la búsqueda se utilizaron los descriptores en ciencias de la salud: ostomy, sexuality, quality of life, nurses y el operador booleano “AND”. En un primer momento, se realizó la siguiente búsqueda inicial en Pubmed: (ostomy) AND (Sexuality) AND (quality of life) AND (nurses). Teniendo en cuenta que los resultados eran escasos, se decidió eliminar el descriptor “quality of life” para ampliar la búsqueda. De esta forma, la búsqueda final fue (ostomy) AND (sexuality) AND (nurses). En el resto de las bases de datos (LILACS, CUIDEN y CINAHL) la estrategia de búsqueda fue (ostomy) AND (sexuality), ya que con (ostomy) AND (sexuality) AND (nurses) la búsqueda se reducía considerablemente a 3, 5 y 11 artículos respectivamente antes de aplicar los filtros.

4 Resultados

La realización de una ostomía ocasiona en el paciente diversas alteraciones físicas en el cuerpo como asimetría en el abdomen, pérdida de control intestinal o salida involuntaria de gases. El impacto de estas alteraciones es variable en función de diversos factores.

Estas alteraciones físicas ocasionan una alteración en la imagen corporal, ya que cambia cómo el paciente se ve, se siente y se comporta con el resto, siendo esta alteración el aspecto de mayor impacto emocional y psicológico en el paciente ostomizado que puede llevar a un cambio o pérdida de identidad si no se aceptan los cambios.

La alteración de la imagen corporal repercute directamente en la aceptación del funcionamiento sexual y posiblemente en las esferas del deseo y la excitación, siendo frecuente que exista incapacidad para relajarse y disfrutar del sexo. En la mujer, la experiencia de distracción cognitiva, es decir, estar más pendiente de la bolsa dificulta la excitación y el deseo, aumenta la tensión muscular y, por tanto, aumenta el dolor. Mientras que en el hombre el aumento de la tensión muscular lleva a una dificultad en la erección y eyaculación.

La alteración en la imagen corporal también interfiere con un aspecto psicológico

de suma importancia: la autoestima del individuo, la cual ve influenciada por los modelos sociales de masculinidad y feminidad.

El estereotipo de feminidad está relacionado con el cuerpo perfecto, sexualmente objetivado y valorizado por su estética más que por su funcionalidad. Las transformaciones ocasionadas por la ostomía deconstruyen esta imagen, la cual no se adapta al modelo social instaurado y hacen que la mujer no se sienta cómoda con el hecho de que el estoma esté a la vista, presentando una sensación de mutilación en la que la bolsa de ostomía comienza a representar la parte perdida del cuerpo. Al sentirse menos atractiva que antes de la cirugía, no quiere revelar esta nueva condición por miedo al rechazo, y se ve obligada a utilizar diferentes estrategias para esconder a la sociedad este nuevo cuerpo.

La masculinidad se relaciona con valores sociales como virilidad, fortaleza y honor que necesitan ser autoafirmados. Mientras que para las mujeres el amor, la afectividad y el contacto contribuyen a obtener placer, en los hombres este en ocasiones se relaciona únicamente con el acto sexual, en especial con la penetración. Esto causa en los hombres un mayor nivel de presión por la actuación sexual y sentimientos de frustración, inferioridad, impotencia y fragilidad cuando no lo logran, así como miedo a intentarlo en un futuro y fallar de nuevo, no pudiendo llegar a satisfacer a su pareja

Las relaciones sexuales en este tipo de pacientes están condicionadas, por tanto, por una baja autoestima, un obstáculo en las relaciones íntimas que acaba ocasionando que en algunos casos sea complicado restaurar la actividad sexual, lo que acaba deteriorando su calidad de vida.

Para poder llegar a desarrollar una experiencia plena de la sexualidad y consecuentemente conseguir una mejora de la calidad de vida, va a ser necesario que el paciente ostomizado lleve a cabo un proceso de adaptación que es diferente para cada uno, pero suele requerir tiempo, el necesario para aumentar la sensación de control y confianza en uno mismo

En este proceso de adaptación la educación sexual o la falta de ella va a jugar un papel fundamental. Teniendo en cuenta que la enfermera es quien mantiene mayor contacto con el paciente en todas las etapas del tratamiento, lo que supone un período largo de tiempo en el cual recolecta suficiente conocimiento sobre la situación personal de cada paciente, debe ser la profesional de referencia para

abordar la sexualidad, escuchar las posibles dudas o preocupaciones y proporcionar información y ayuda necesaria. Para ello debe disponer previamente de conocimientos y formación básica en sexología y después debe ser conocedora de los cambios que se producen en las personas portadoras de ostomía y cómo estos repercuten en su sexualidad.

La educación debe comenzar en el preoperatorio antes de la creación del estoma. En esta fase la enfermera en primer lugar debe valorar el estado sexual o estilo de vida del paciente y cómo este se siente en relación con sus habilidades para así poder comparar los cambios en el postoperatorio y ser capaz de planificar los cuidados. Por otra parte, debe comenzar a realizar una preparación emocional, física y psicológica del paciente que se prolongará en el tiempo hasta la atención domiciliaria.

Muchos pacientes están preocupados porque no saben que pueden o no pueden hacer después de la creación de la ostomía, por lo que los consejos prácticos proporcionados por la enfermera alivian sus preocupaciones y les ayudan a normalizar su vida sexual.

La enfermera deberá informar e incorporar en los planes de cuidados a la familia y la pareja del paciente ostomizado, ya que su apoyo es fundamental para un proceso adaptativo eficaz. Por ejemplo, si mejora la aceptación por parte de la pareja, mejorará también la autoestima y autoconfianza del paciente, lo que facilitará la vuelta a una vida sexual sana.

Los grupos de apoyo, tanto físicos como virtuales a través de redes sociales, pueden ser una buena herramienta utilizada por parte de la enfermera encargada del seguimiento del paciente ostomizado, ya que suponen un sistema de apoyo poderoso y motivacional, que promueve el entendimiento y habilita la aceptación, debido a que este puede interaccionar con otros en su misma situación.

La enfermera deberá informar al paciente y a su pareja de que tan pronto como sea dado de alta, no exista dolor postoperatorio y el estoma esté cicatrizado, es seguro iniciar las relaciones sexuales. En un primer momento, con besos, abrazos y caricias, ya que retomar otras actividades que incluyan mayor intimidad, la cual se ve afectada por la imagen corporal, puede llevar más tiempo.

Se deberán revisar los cambios producidos en la función sexual como resultado de diversos tratamientos y animar al paciente y a su pareja a que transmitan sus sentimientos al otro, recordando en todo momento que existen multitud de modos de expresarse sexualmente y asegurándoles de que el acercamiento físico no dañará el estoma. La enfermera puede sugerir experimentar con diferentes prácticas sexuales como, por ejemplo, el sexo oral o llevar a cabo diferentes posturas sexuales que permitan evitar fricción con la región donde se localiza la ostomía, lo que puede ayudar a reducir la ansiedad de posibles daños o fugas durante el acto sexual.

La enfermera deberá dar recomendaciones al paciente acerca de cómo adaptar los hábitos alimentarios para regular las características y frecuencias de las eliminaciones intestinales, evitando aquellos que puedan aumentar la producción de gases y olores a la hora de planificar el encuentro sexual.

Se recomendará vaciar y cambiar la bolsa antes del encuentro sexual, pudiendo usar bolsas opacas, mini bolsas o un obturador de estoma, si así lo prefiere el paciente, aplicando gotas de desodorante en la bolsa o una bolsa con filtros para gases. Se puede usar ropa y lencería adaptada y confortable para sentirse más sensual y camuflar el estoma o cinturones de ostomía y fajas para sujetar la bolsa durante el acto sexual.

La búsqueda de placer a través de caricias o la masturbación mutua puede ser una buena forma de iniciar el encuentro sexual. Se pueden utilizar hidratantes vaginales, aceites esenciales, calor local, vibradores vaginales o recurrir a la fisioterapia del suelo pélvico para reducir el dolor durante el coito. El uso de música es una buena alternativa para evitar sonidos que puedan causar vergüenza, recomendando en todo momento que en caso de ocurrir algún accidente se debe hablar de los sentimientos y emociones.

Todas estas acciones llevadas a cabo por la enfermera se relacionan, por tanto, con el posible disfrute de una vida sexual segura, activa y placentera y en consecuencia una mejor calidad de vida.

5 Discusión-Conclusión

A la hora de llevar a cabo una búsqueda bibliográfica, el número de artículos que abordan la sexualidad en el paciente ostomizado es limitado, así como tampoco hay revisiones sistemáticas sobre las intervenciones de enfermería en la sexualidad, ni tampoco protocolos instaurados que sirvan de guía a los profesionales. Por lo tanto, de cara al futuro, la implantación de estos podría ser de utilidad para conseguir un cuidado de calidad para que el ostomizado recupere su vida sexual.

CONCLUSIONES:

- La creación de una ostomía ocasiona en el paciente cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales causantes de alteraciones en su sexualidad.
- La alteración de la imagen corporal es el factor que más repercusión tiene en la sexualidad de los pacientes ostomizados.
- Los pacientes que no son capaces de adaptarse a los nuevos cambios van a tener una peor calidad de vida
- La enfermera debe ser la principal encargada de abordar la sexualidad con el paciente ostomizado desde el período preoperatorio.
- El abordaje de la sexualidad por parte de la enfermera disminuye las alteraciones en la sexualidad y, por tanto, mejora la calidad de vida de los pacientes ostomizados.
- Es necesaria mayor formación y entrenamiento de las enfermeras en los cuidados relacionados con la sexualidad.

6 Bibliografía

1. Albuquerque AF, Pinheiro AK, Linhares FM, Guedes TG. Technology for self-care for ostomized women's sexual and reproductive health. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016 [citado 16 Feb 2023];69(6):1164-1171. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0302.
2. Servicio Canario de la Salud. Guía de cuidados a la Persona Portadora de un estoma. Gobierno de Canarias [Internet]. 2012 [citado 27 Feb 2023]. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/46036049-3277-11e3-a0f5-65699e4ff786/GuiaCuidadosPersonaEstoma.pdf>.
3. Fernandes Costa IK, Márjore Dantas Liberato S, Souza Freitas L, Dantas Medeiros MM, Fernandes de Sena J, Pinheiro de Medeiros L. Distúrbio na imagem corporal: diagnóstico de enfermagem e características definidoras em pes-

- soas ostomizadas. Aquichan [Internet]. 2017 [citado 17 Feb 2023]; 17(3): 270-283.
4. García-Rodríguez MT, Barreiro-Trillo A, Seijo-Bestilleiro R, González-Martin C. Sexual Dysfunction in Ostomized Patients: A Systematized Review. Healthcare [Internet]. 2021 [citado 20 Feb 2023]; 9(5):520. doi: 10.3390/healthcare9050520.
 5. Petersén C, Carlsson E. Life with a stoma-coping with daily life: Experiences from focus group interviews. J Clin Nurs. [Internet]. 2021 [citado 13 Feb 2023]; 30(15-16):2309-2319. doi: 10.1111/jocn.15769.
 6. Borrel Brau N, Davin Durban I. Intervención de enfermería en la sexualidad de los pacientes ostomizados. Rev Rol Enferm [Internet]. 2019 [citado 18 Feb 2022] 42(4): 254-261. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-186968>.
 7. Nieves CBL, Díaz CC, Celdrán-Mañas M, Morales-Asencio JM, Hernández-Zambrano SM, Hueso-Montoro C. Ostomy patients' perception of the health care received. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2017 [citado 13 Feb]11; 25:e2961. doi: 10.1590/1518-8345.2059.2961.
 8. Araújo IFM, Sousa AR, Santana ES, Pererira A. Sexualidade de homens em vivência de estomias intestinais. Histórias sobre sentimentos e significados. Brazilian Journal of enterostomal therapy [Internet]. 2022 [citado 16 Feb 2023]. Disponible en https://doi.org/10.30886/estima.v20.1213_PT.
 9. Kimura CA, Guilhem DB, Kamada I, Abreu BS, Renata Costa F. Oncology ostomized patients' perception regarding sexual relationship as an important dimension in quality of life. J. Coloproctol [Internet]. 2017 [citado 17 Feb 2023]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.03.009>.
 10. Vera SO; Sousa GN; Araújo SNM; et al. Sexuality of patients with bowel elimination ostomy. Rev Fund Care [Internet]. 2017[citado 17 Feb 2023]; 9(2):495-502. Disponible en:<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.495-502>.
 11. Paszya W, Zborowska K, Czajkowska M, Skrzyoulec- Plinta V. Quality of sex life in intestinal stoma patients- A literatura review. Int J Environ Res Public Healt [Internet] 2023 [citado 20 Feb 2023] 20(3):2660. doi: 10.3390/ijerph20032660.
 12. Mota MS, Silva CD, Gomes GC. Vida e sexualidade de mulheres estomizadas: subsídios à enfermagem. Rev. Enferm. CentOeste Min [Internet]. 2016 [citado 17 Feb 2023]. Disponible en: <https://doi.org/10.19175/recom.v6i2.100421>.
 13. Medina Rico M, Zárate- Velasco AM, Quiñonez A, López Ramos H. Sexuality in People With Ostomies: A Literature Review. Sex Disabil [Internet]. 2019 [citado 20 Feb 2023] 37, 571–586. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11195-019-09604-4>.
 14. Silva AL da, Faustino AM, Oliveira PG de. The sexuality of the patient with

- intestinal ostomy: literature review.] *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2013 [citado 19 Feb 2023] 879-880. doi: 10.5205/reuol.3934-31164-1-SM.0703esp20130.
15. Da Silva LF, Pelazza BB, Silva LA, Maia LG, Leite GR, Paula CR et al. The social, emotional and sexual implications experienced by ostomized women attending in primary health care. *Biosci, j* [Internet]. 2017 [citado 17 Feb 2023]. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/12/966532/the-social-emotional-and-sexualimplications-experienced-by-ost_cEaBcb3.pdf.
 16. Vural F, Harputlu D, Karayurt O, Suler G, Edeer AD, Ucer C, Onay DC. The Impact of an Ostomy on the Sexual Lives of Persons With Stomas: A Phenomenological Study. *J Wound Ostomy Continence Nurs* [Internet]. 2016 [citado 15 Feb 2023] JulAug;43(4):381-4. doi: 10.1097/WON.0000000000000236.
 17. Rodrigues Cardoso DB, Almeida CE, De Santana ME, De Carvalho DS, Sonobe HM, Okino Sawada N. Sexualidade de pessoas com estomias intestinais. *Rev RENE* [Internet]. 2015 [citado 17 Feb 2023]. doi: 10.15253/2175-6783.2015000400015.
 18. Meira IFA, Silva FRD, Sousa AR, Carvalho ESS, Rosa DOS, Pereira Á. Repercussions of intestinal ostomy on male sexuality: an integrative review. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2020 [citado 13 Feb 2023];73(6). doi: 10.1590/0034-7167-2019-0245.
 19. Davidson F. Quality of life, wellbeing and care needs of Irish ostomates. *Br J Nurs* [Internet]. 2016 [citado 15 Feb 2023]; 22; 25(17):4-12. doi: 10.12968/bjon.2016.25.17.S4. PMID: 27666111.
 20. Burch J. Intimacy for patients with a stoma. *Br J Nurs* [Internet]. 2016 [citado 15 Feb 2023]; 25(17):2-6. doi: 10.12968/bjon.2016.25.17.S26.
 21. Saracco, C, Rastelli, G, Roveron G, Ferrara F. Sexual Function in Patients with Stoma and its Consideration Among Their Caregivers: A Cross-Sectional Study. *Sexuality and Disability* [Internet]. 2019 [citado 20 Feb 2023]; 37 (3) 415-427. doi:10.1007/s11195-019-09574-7.

Capítulo 115

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL MANTENIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA

SARA LORENZO GRACIA

1 Introducción

La leche materna es el mejor alimento para un recién nacido en los primeros meses de vida. Proporciona a los bebés los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo normales y proporciona beneficios a largo plazo a la madre y al niño. Deben recibir exclusivamente lactancia materna durante los 6 primeros meses, donde el bebé puede recibir la leche directamente del pecho o bien extraída del mismo, y no recibirá ninguna otra forma de líquida o alimento sólido, ni tan siquiera agua (excepto medicamentos, vitaminas o minerales).

A partir de este mes se recomienda iniciar el consumo de casi todos los alimentos (alimentación complementaria) de forma segura y según las necesidades del bebé, manteniendo la lactancia materna hasta los dos años, hasta satisfacer las necesidades de la madre y el niño.

Hoy en día, parece no darse el valor suficiente en este tema, ya que este método debería seguirse, puesto que está científicamente demostrado que presenta un gran número de ventajas.

La falta de apoyo familiar, la falta de formación de los profesionales de la salud en el tema y ausencia de políticas laborales, el estigma social y el estigma asociado con la lactancia materna son los principales factores que afectan e influyen en dicho tema.

Se asocian altos riesgos a la lactancia materna debido a las políticas sociales y laborales. Por esto, para fortalecer una práctica, es crucial aumentar la conciencia, promoverla y protegerla.

Tiene sentido que cada día se salven vidas y se eviten muertes.

2 Objetivos

Para llevar a cabo la siguiente investigación se estableció como objetivo principal analizar cuáles son los factores que condicionan el mantenimiento de la lactancia maternas.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica para estudiar los factores capaces de influir en el establecimiento de la lactancia materna.

A la hora de realizar la búsqueda bibliográfica, se llevó a cabo una rigurosa búsqueda desde enero de 2013 hasta febrero de 2023 en las bases de datos PubMed, Cochrane Library y Elsevier.

La búsqueda se ha ejecutado en español e inglés. De esta manera, se han empleado términos MeSH (Medical Subject Headings) y términos de lenguaje libre. Estos términos se combinaron en la estrategia de búsqueda utilizado los operadores booleanos “AND”, “OR” y “NOT”. A través del operador “AND” los términos independientes se relacionaron con la finalidad de que la búsqueda fuese más específica. Mediante el operador “OR” se asociaron los términos sinónimos o relacionados. El operador “NOT” se usó para excluir los artículos que presentasen dicho término.

4 Resultados

Son muchos los beneficios obtenidos a corto y largo plazo respecto al uso de la lactancia materna (tanto a nivel de la madre como para el hijo), dichos efectos se pueden apreciar a nivel biológico, psicológico, socioeconómico y ambiental.

Introducir la leche materna en las primeras horas de vida y continuar con la lactancia materna durante los primeros años es importante para el crecimiento y desarrollo del niño, puesto que ayuda a reducir las enfermedades y la muerte así como protección a la madre.

Por tanto, la alimentación materna durante los primeros meses de vida del niño es fundamental para ayudar al desarrollo de los sistemas y equipamientos humanos, así como al desarrollo del cerebro debido a la abundancia de nutrientes esenciales. Por eso, a partir del sexto mes, al introducir otros alimentos se potencia este desarrollo y tanto el cuerpo como la mente crecen mucho.

Además, tiene efectos positivos a lo largo del tiempo en la prevención de muchas enfermedades, como enfermedades autoinmunes, diabetes, enfermedad celíaca y otros tipos de cáncer (como la leucemia). También encontraron que los niños que fueron amamantados durante mucho tiempo tenían menos probabilidades de tener sobrepeso y obesidad en la infancia y la vejez y, por lo tanto, presentaban menos problemas cardíacos.

Por otro lado, en el ámbito mental, la leche materna tiene un efecto positivo sobre el coeficiente intelectual y puede mejorar y reducir el riesgo de otros problemas como la apatía.

En cuanto a los beneficios que aporta la lactancia materna a la mujer, se pueden observar desde el momento del parto, y estas pueden ser la recuperación temprana del útero, menor sangrado posparto, relación madre-hijo fortalecida, mayor tiempo de parto, peso y peso previo al embarazo, etc. La salud mental puede reducir el estrés en la mujer. Cabe recordar que el establecimiento de la lactancia materna y su duración se asocian con un menor riesgo de cáncer de mama y de ovario. De igual modo se observó una disminución en la probabilidad de sufrir cáncer, hipertensión arterial, diabetes tipo 2, enfermedades cardíacas y osteoporosis.

5 Discusión-Conclusión

A la luz de la información antes mencionada, en nuestro estudio llegamos a la conclusión de que, a pesar de las numerosas ventajas de la lactancia materna para la madre, el niño y la comunidad, existen una serie de factores que dificultan su continuidad y prolongación. Es necesario crear nuevas estrategias de acción con este objetivo en mente así como mejorar las tarifas.

Luego de realizar la revisión, pudimos determinar que uno de los principales factores sociodemográficos que precede a que las madres dejen de amamantar es su integración temprana al mundo laboral. Esto, sumado a la falta de políticas de salud que protejan este método natural de alimentación de los bebés, resulta en bajas tasas de prevalencia, lo que exige el fortalecimiento de líneas de acción políticas y gubernamentales.

Por el contrario, educación inadecuada sobre lactancia materna entre el personal

médico perjudica a las familias, ya que estos los ven como un recurso de información y asistencia. Por esta razón, es fundamental realizar cambios en la educación sobre el manejo de la lactancia materna de los profesionales de la salud para brindar una atención más completa y de alta calidad.

Para abordar mejor la situación y poder implementar medidas oportunas para brindarles a las madres un mayor apoyo, es fundamental que nosotros, como profesionales de la salud, podamos identificar a las madres que corren el riesgo de suspender la lactancia materna antes de los tiempos recomendados debido a los problemas potenciales que podrían desarrollarse durante la lactancia.

6 Bibliografía

1. Asociación española de pediatría. Comité de lactancia materna. Recomendaciones sobre la lactancia materna. 2012;1-16.
2. Organización Mundial de la Salud. lactancia materna [Internet]. [citado el 12 de octubre de 2023]. Available from: <https://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>
3. Asociación española de pediatría. Comité de lactancia materna. Lactancia materna en cifras: Tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países. 2016;5:1-9.
4. Machado MCM, Assis KF, Oliveira F de CC, Ribeiro AQ, Araújo RMA, Cury AF, et al. Determinants of the exclusive breastfeeding abandonment: Psychosocial factors. *Rev Saude Publica*. 2014;48(6):985-94.
5. Becerra-Bulla F, Rocha-Calderón L, Fonseca-Silva DM, Bermúdez-Gordillo LA. The family and social environment of the mother as a factor that promotes or hinders breastfeeding. *Rev Fac Med*. 2015;63(2):217-27.
6. Sampaio De Oliveira C, Aparecida Iocca F, Lisa M, Carrijo R, De R, Teixeira A, et al. Breastfeeding and complications that contribute to early weaning. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(2):16-23.
7. Hernández Aguilar MT, Aguayo Maldonado J. Breastfeeding. How to promote and support breastfeeding in pediatric practice. Recommendations of the Breastfeeding Committee of the Spanish Association of Pediatrics. *An Pediatr*. 2005;63(4):340-56.
8. Karall D, Ndayisaba JP, Heichlinger A, Kiechl-Kohlendorfer U, Stojakovic S, Leitner H, et al. Breast-feeding duration: Early weaning-do we sufficiently consider the risk factors? *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2015 Oct 27;61(5):577-82.
9. Rosa Pallás Alonso C, Soriano Faura J, Colomer Revuelta J, Cortés Rico O, Jesús Esparza Olcina M, Galbe Sánchez-Ventura J, et al. Apoyo a la lactancia materna en Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2019;21:191-201.

10. Morrison AH, Gentry R, Anderson J. Mothers reasons for Early Breastfeeding Cessation. MCN. 2019;44(6):325–30.

Capítulo 116

DISFAGIA NEURÓGENA Y LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

LAURA ARIAS MORA

CRISTINA PAREJA CAMPO

ISABEL ANGORA PANTOJA

MARÍA IZQUIERDO GONZÁLEZ

CRISTINA GALLEGO TIRADO

1 Introducción

La disfagia es puntualizada y detallada por los enfermos como la sensación y percepción de que los alimentos como que, se les clavan, pegan o atascan, o que la comida no les pasa o desciende bien. Teóricamente se concreta como la sensación subjetiva de no progresión adecuada y correcta del bolo alimenticio a partir de y con la deglución, siendo éste un proceso neuromuscular complejo de transporte del alimento desde la boca inclusive el estómago, cuya duración es de entre los 3 y los 8 segundos, pero en el que intervienen 6 pares craneales, segmentos de nervios cervicales y grupos musculares de boca, faringe, laringe y esófago. Todo ello está regulado a nivel cerebral y en asociación con el sistema respiratorio. Una de las consecuencias por las que puede verse alterado el proceso de deglución es el origen neurológico. Los accidentes cerebro vasculares (ACV) evidencian una prevalencia en cuanto a la disfagia del 27 al 69 % en la fase aguda, estimándose que un 47 % de estos enfermos la han padecido en algún momento de

la enfermedad. Además, en función al tipo de ACV nos podemos encontrar con una mayor probabilidad de padecer disfagia, de tal modo que si estamos ante un ACV con afectación de tronco encefálico y de los hemisferios habrá un mayor riesgo.

2 Objetivos

Describir las técnicas para la posterior evaluación de la disfagia neurógena y conocer los cuidados de enfermería que precisan los enfermos que la padecen.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda sistemática de bibliografía en las bases de datos Scielo, Dialnet, Google Académico, PubMed y Biblioteca Cochrane Plus. Para ello se utilizaron las palabras clave ACV, Protocolo, Evaluación, Disfagia neurógena, Técnicas, Tratamiento, Enfermería y Cuidados. Se analizaron aquellos artículos publicados desde el año 2019 a la actualidad, en español e inglés.

4 Resultados

Según diversos datos obtenidos de estudios, la disfagia después de un ACV se ve asocia a mayor número de infecciones pulmonares, mayor mortalidad intrahospitalaria, peor pronóstico funcional y malnutrición. Por todo ello se hace preciso un diagnóstico precoz de la disfagia, el cual deberá incluir una anamnesis o historia clínica exhaustiva, exploración física, pruebas clínicas y pruebas instrumentales. Para la efectucción de una correcta historia clínica se debe insistir en la localización de los síntomas para distinguir entre disfagia orofaríngea o esofágica; existencia de síntomas asociados como tos, babeo, carraspeo, regurgitación nasal; duración y modo de inicio, siendo la de instauración brusca la que señala a ACV; evolución en el tiempo; consistencia del alimento que induce las molestias, la disfagia orofaríngea suele cursar con una dificultad en la deglución de líquidos mientras que en la disfagia esofágica, existe mayor dificultad para los sólidos; y fármacos o tratamiento previo quirúrgico, radiológico y quimioterapéutico. Dentro de este apartado se puede incluir la exploración física, en la que se inspecciona la cavidad oral con valoración motora y sensitiva, inspección orofaríngea, palpación de cabeza y cuello, maniobra de palpación externa durante la deglución para valorar el movimiento de mandíbula, hioides y laringe (retraso en el

empiece del reflejo deglutorio en la disfagia neurógena), y los reflejos palatino, así como nauseoso y tusígeno.

A continuación, se procede a la efectuación de pruebas clínicas, entre las que enfatizan por haber demostrado mayor eficacia, las siguientes:

- Test clínico Eating Assessment Tool (EAT-10): 10 preguntas que han de ser contestadas por el enfermo y/o el cuidador con puntuaciones de 0 a 4; a menor puntuación, menos problemas que ostenta el enfermo. Las 10 cuestiones engloban aspectos como la pérdida de peso, interferencia de la disfagia en la capacidad de comer fuera de casa, existencia de unos esfuerzos extras, presencia de dolor, disminución del placer o estrés.
- Test del agua de DePIPPO: consiste en la administración de 10 ml de agua con una jeringa y evaluar la existencia de babeo, nº de degluciones, de tos o de disfonía; repitiendo dicha técnica 4 veces y finalmente administrar 50ml. Esta prueba es efectuada por la enfermera en cada turno durante 4 días.
- Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V): se efectúa en el enfermo colaborador, posición de sedestación, colocación de un pulsioxímetro y siempre el equipo de aspiración cerca. Se prepara el agua con espesante para lograr 3 texturas: líquido, tipo néctar y pudding. Se administran en dosis de 5ml, 10ml y 20ml de cada una de las viscosidades diversas empezando por el néctar, a continuación, el líquido y por último el tipo pudding. En cada administración se debe valorar la presencia de alteraciones de seguridad (tos, desaturación mayor del 2 % o se denote voz húmeda) y alteraciones de eficacia (residuo en cavidad oral y/o en faringe, babeo y presencia de deglución fraccionada). Ante la presencia únicamente de alteraciones de eficacia, se sigue progresando en la prueba, pero, ante la presencia de alteraciones de seguridad, se debe interrumpir la progresión en la prueba y volver al bolo más seguro. existe la posibilidad de ir directamente a pudding en caso de problemas o sospecha de seguridad con los líquidos.

Para dar finalizado el correcto diagnóstico, en momentos se hace indispensable la efectuación de pruebas instrumentales, entre las que destaca la videofluoroscopia (VFS); consistente en la administración de diferentes volúmenes, viscosidades y consistencias evaluando el trayecto del bolo alimenticio. Además, se puede completar el diagnóstico con vídeo endoscopia de la deglución (FEES), un estudio baritado, exploraciones endoscópicas, TAC, RNM, entre otras.

Una vez obtenida la confirmación de la disfagia se debe de llevar a cabo un tratamiento individualizado en el que se incluye:

- Medidas generales: evitar distracciones, comer despacio, intentar comer siempre a la misma hora y en el mismo lugar, evitar comer con somnolencia o si no responde a estímulos externos, mantenerse sentado durante y postingesta si es

posible, encamados elevar cabecera a 45 grados, esperar a vaciar la boca para introducir la siguiente cucharada, estimular degluciones secas entre tomas, mantener una respiración fluida, utilizar vasos de boca ancha, no pajitas ni jeringas, cuchara de volumen adecuado introduciéndola en sentido horizontal y haciéndola contactar con suelo de la boca y punta de la lengua para estimular, mantener higiene bucal.

- Tratamiento postural: con los cambios posturales se va a conseguir modificar la dirección del bolo sin aumentar el esfuerzo del enfermo y disminuye el riesgo de aspiración. De esta forma si existe dificultad del cierre labial, se colocará al enfermo con la cabeza ligeramente hacia atrás; con reducción de los movimientos de la lengua se inclinará la cabeza ligeramente hacia atrás y se introducirá el alimento en la mitad posterior de la misma; cuando hay retraso en reflejo deglutorio, se inclinará la cabeza hacia delante para efectuar los tragos supraglóticos.
- Volumen/Viscosidad/Textura/Temperatura: no mezclar texturas, alimento uniforme, bolos fríos ocasionan una estimulación sensorial, cambios entre el volumen y la viscosidad.
- Estrategias deglutorias para mejorar la maniobra de deglución: ejercicios para mejorar tono, sensibilidad, velocidad y motricidad; maniobras para cerrar vía aérea; doble deglución; maniobra de Masako, que evita aspiraciones postdeglución.
- Estrategias de incremento sensorial oral: ayudan a alertar al SNC antes de la deglución. Hace referencia a estimulación sensorial oral, estimulación salival con olores, visión de alimentos apetitosos.

5 Discusión-Conclusión

Como vemos en el desarrollo de este artículo y de la exposición efectuada por el profesional enfermero, podemos observar y en nuestra opinión de que estamos ante un problema que es fácil que se presente a través unos síntomas previos a una patología de base o como patología propiamente dicha. Para su diagnóstico y tratamiento se hace preciso un equipo multidisciplinar cuyo objetivo es llevarlo a cabo lo más precoz posible, de modo que se evitarán las posibles complicaciones asociadas como la desnutrición, infecciones respiratorias secundarias a aspiraciones, muchas de ellas silentes y por lo tanto, menor morbilidad y menor estancia hospitalaria.

6 Bibliografía

1. M. T. Andrés del Barrio, M.J. Sánchez Palomo, I. Sánchez Herán, G. Carvalho Monteiro, A. Yusta Izquierdo. Protocolo diagnóstico de la disfagia de causa neurológica. *Med. Prog. Form. Med. Cont. Acred.* Abril 2019; 12 (77): 4567-4570.
2. M.K. Taiano Espinoza, W.A. Vargas Samerón, L. C. Sánchez López, P.A Bonifaz Aquino. Diagnóstico diferencial de la disfagia. *Rev. Cient. Inv. Act. Mun. Cie.* 2019; 3 (1): 587-617.
3. G. Garmendia Merino, H. Bascuñana Ambrós. Importancia de la cuantificación del desplazamiento hioideo en la valoración del estadio y evolución de la disfagia orofaríngea. *Act. Otorr. Esp.* 2019; 70 (6): 327-335.
4. C. Jiménez Rojas, A. I. Corregidor Sánchez, C. Gutiérrez Bezón. Disfagia. SEGG.
5. I.M. Méndez Sánchez, M.C. López Vega, Á. Pérez Aisa. Disfagia orofaríngea. Algoritmo y técnicas diagnósticas. *RAPD.* 2017; 40(3).
6. E. Hernández Bello, L. Castellot Perales, C. Tomás Aznar. Valoración de la disfagia con el test método exploración clínica volumen-viscosidad en enfermos ingresados tras un accidente cerebrovascular. *Rev. Cie. Soc. Esp. Enf. Neurol.* 2019; 49: 8-15.
7. A. I. Díaz Fernández, M^a. A. González Álvarez. Prevalencia de disfagia tras ICTUS. Visión desde Atención Primaria. *RqR Enfermería Comunitaria (Revista SEAPA).* 2017; 5 (1): 38-56.
8. M^a. N. Rodríguez Acevedo, P. Vaamonde Lago, T. González Paz, A. Quintana Sanjuás, M^a. J. González Cortés. Disfagia orofaríngea: Actualización y manejo en poblaciones específicas. *SGORL PCF.* 2018

Capítulo 117

ENFERMERÍA EN LA TRANSGRESIÓN LEGAL DEL SECRETO PROFESIONAL

LAURA ARIAS MORA

CRISTINA PAREJA CAMPO

ISABEL ANGORA PANTOJA

MARÍA IZQUIERDO GONZÁLEZ

CRISTINA GALLEGUO TIRADO

1 Introducción

La privacidad y seguridad de los registros médicos siempre debe ser una prioridad. En la relación médico-paciente, la relación se fundamentará y fundamentará en principios tan básicos como el secreto profesional. La confidencialidad como declaración es la capacidad de confiar a otros lo que se considera oculto o restringido; El secreto profesional es la gran obligación de todo profesional de cualquier profesión de no descubrir ni revelar estos datos ocultos o privativos y de conocerlos en el ejercicio de su actividad profesional. Desde un punto de vista jurídico, los conceptos de intimidad y confidencialidad son equivalentes. Tanto el personal médico como de enfermería, técnicos de apoyo de enfermería, personal administrativo, personal de seguridad y demás profesionales interesados en conocer estos datos no deben olvidar nunca que durante el ejercicio de su profesión profesional siempre estarán sujetos a unas normas legales. Ciertas normas del deber deben regular y prevalecer siempre en su conducta profesional.

La entrevista clínica tiene dos normas: la obligatoria y la legal. En el lado deontológico está contenido en el código de ética médica y de enfermería, mientras que en el lado jurídico, al no estar regido por ninguna ley positiva específica, lo encontramos reflejado y registrado en las dispersas disposiciones legales que constituyen directa o indirectamente.

2 Objetivos

Conocer el buen uso de los registros médico, teniendo en cuenta la violación de la revelación de secretos.

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 publicaciones y artículos en las principales bases de datos:

Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Tanto cuando al facultativo le es solicitado el historial clínico, como cuando es requerido y demandado en calidad de testigo, bien él o el profesional de enfermería, el proceder a seguir y que se recomienda para los profesionales de la salud:

- Pedir al juez el motivo de su requerimiento.
- Adquirir la autorización escrita del paciente.
- Si cree que no es oportuno la entrega del historial, especificará al juez el porqué de ello, y señalará y puntualizará que teme violar el secreto facultativo profesional.
- Después de esto, deberá someterse a su criterio y decisión final, y entregará la historia, omitiendo toda la información personal del paciente que sea, ajena al proceso, y hacerlo saber así al juez

El facultativo o el personal enfermero o profesionales de la salud que no colaboran con la Administración de justicia, cuando tienen obligatoriedad de ello, tienen que ser conocedores, de que pueden incurrir en un delito considerado y estimado

como de desobediencia a la autoridad judicial (Art. 556 del Código Penal), y en un delito estimado de denegación de auxilio a la justicia (Art. 412.1 del Código Penal).

7. A requerimiento del propio paciente, que muchas veces requiriera de certificados o diversos informes sobre su actual estado de salud, y que este tiene derecho a ellos (Ley General de Sanidad y Código Deontológico). No proporcionárselos dará lugar a una falta disciplinaria menos grave de la OMC (Arts. 64 y 65 de los Estatutos de la OMC).

8. En las situaciones de urgencia y emergencia (LORTAD). La utilización o cesión de los datos de la historia clínica con cualquier otra finalidad precisará en todo caso el consentimiento del paciente (Código Deontológico y LORDTAD).

Además, por el incumplimiento de este deber, sin existir el consentimiento del paciente o una imposición legal que le obligue a revelarlo, el facultativo puede incurrir en una responsabilidad profesional, si de tal revelación se llegara a derivar un daño físico o moral para el paciente.

Toda situación que fuese distinta de las mencionadas anteriormente en el apartado de resultados incurriría en una responsabilidad jurídica por ser contrarias a la ley vigente en este aspecto. La relación facultativo-paciente reposa y se establece sobre un pilar básico, que es el secreto profesional.

La confidencialidad es considerada, como el acto y hecho de confiar en otro lo que se tiene oculto o reservado del secreto profesional, es el deber y responsabilidad que tiene todo profesional de no descubrir esos datos ocultos o reservados y que han sido conocidos en el ejercicio de su profesión. Jurídicamente, los términos intimidad y privacidad son equivalentes.

La labor del facultativo es inseparable de la actuación de enfermería en el ejercicio de su profesión, desde la aplicación de las órdenes de tratamiento, técnicas de diagnóstico y estudio, control de constantes, etc., hasta su labor como profesionales más próximos en tiempo y en contacto con los pacientes y familiares, que aporta esa parte de la información psico-socio-familiar de los sujetos que a veces es tan necesaria e importante para comprender la patogénesis de la enfermedad y la posterior respuesta al pautado tratamiento. Es cierto, pues, que los pilares básicos de la asistencia sanitaria, facultativo y personal enfermero, son imprescindibles para la importante y trascendental labor sanitaria. Pero no podemos dejar de lado, que todo este proceso, asimismo, implicará la actuación de otros miembros del equipo, del personal de enfermería y demás profesionales.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos esta exposición, enfatizamos una conclusión personal sobre la importancia del buen uso de los registros médicos, porque solo en el caso de los crecientes supuestos de que se puede violar la confidencialidad, lo que siempre debe respetar lo que se ha logrado para descubrir sobre su cercanía con el usuario o la historia de los pacientes, tanto en datos personales como por lo que los resultados de la escucha, el tratamiento y la asistencia en relación con el paciente, porque de esta parte de la información psicosocial, la familia de pacientes a los que tenemos acceso, y a veces es Necesario e importante comprender que esta tercera gente es un patógeno, si esta información ha dejado la esfera que pertenece, será solitaria y estrictamente en términos de atención médica, cada profesional es responsable del conocimiento de cómo se puede violar un secreto profesional.

6 Bibliografía

1. Castellano M. Informe acerca de la titularidad-propiedad de la historia clínica desde la normativa deontológica y facultativo-legal. Aragón Facultativo, marzo de 1996.
2. Chavida García, F. La confidencialidad de los datos clínicos: mucho por hacer en el sistema público (I y II). Jano 1997; 52: 1.195-1.197.
3. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE 24-11-1995; 281: 3398734058.
4. Martínez-Pereda Rodríguez JM. La protección penal del secreto facultativo en el derecho español. Actualidad Penal, 1996; 10: 164-174.
5. Petchey R, Farnsworth W, Heron T. The maintenance of confidentiality. Chavida García F. La confidencialidad de los datos clínicos; Jano 1997; 52: 1.195-1.197.
6. Ley General de sanidad. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>.
7. Constitución Española. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>.

Capítulo 118

LA HEMOCROMATOSIS SUS CUIDADOS Y ACTUACIONES POR ENFERMERÍA

LAURA ARIAS MORA

CRISTINA PAREJA CAMPO

ISABEL ANGORA PANTOJA

MARÍA IZQUIERDO GONZÁLEZ

CRISTINA GALLEGU TIRADO

1 Introducción

La Hemocromatosis es una enfermedad que afecta al metabolismo del hierro, provocando el acrecentamiento y acumulo excesivo de este citado metal en distintos órganos y sistemas de organismo. En la hemocromatosis, este depósito de hierro puede inducir daños especialmente en órganos como el hígado y los pulmones.

La hemocromatosis puede ser:

- Hereditaria o Primaria: se debe a una modificación genética, corrientemente por mutaciones en el gen HFE, aunque asimismo existen otras convenciones de enfermedad ligadas a alteraciones en otros genes.
- Hemocromatosis adquirida o secundaria: Esta es debida al acrecentamiento de depósitos de hierro en el organismo, como consecuencia de variadas causas múlti-

ples transfusiones sanguíneas, anemia hemolítica, enfermedades hepáticas, alcoholismo crónico.

Las expresiones clínicas de la hemocromatosis ordinariamente brotan a partir de los 40 a los 60 años (en el caso del género femenino suelen manifestarse de modo más tardío, ya que, mediante la menstruación, mensualmente se pierden una cantidad de sangre determinada).

Los signos y síntomas más acostumbrados varían en función del órgano que se encuentre afectado:

- Afectación hepática (la más habitual): cirrosis e incluso hepatocarcinomas.
- Piel: pigmentación exageradamente bronceada.
- Páncreas: el depósito de hierro en el páncreas puede llegar a beneficiar el desarrollo de diabetes.
- Articulaciones; artrosis.

El objetivo del tratamiento radica en poder normalizar los niveles de hierro en sangre y para ello es ineludible la aplicación de un tipo de tratamiento u otro dependiendo de si se trata de hemocromatosis primaria o de secundaria. En el primer caso, el tratamiento de elección son las flebotomías periódicas. En el segundo caso, el tratamiento manejado son los quelantes de hierro.

2 Objetivos

- Conocer las diferentes tipologías de Hemocromatosis y tratamientos a aplicar en cada tipo.
- Identificar los cuidados de enfermería en la flebotomía terapéutica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha efectuado una búsqueda bibliográfica sobre artículos científicos disponibles en distintas bases de datos; Pubmed y Cochrane.

Las palabras claves empleadas en dicha búsqueda son; “hemocromatosis”, “tratamiento” y “flebotomía terapéutica”. Los filtros aprovechados para la búsqueda son; idioma (inglés y español), artículos publicados desde el 2010 hasta el 2020. También se han consultado páginas científicas como “Scielo”, “Elsevier”, Guías de Práctica Clínica (GPC) y protocolos de distintos hospitales.

4 Resultados

El tratamiento para aplicar en la Hemocromatosis depende de si ésta se trata de una enfermedad hereditaria (tipo I) o adquirida (tipo II).

En el primer caso, el tratamiento terapéutico reside en ejecutar flebotomías periódicas. La periodicidad de éstas dependerá del nivel de ferritina sérica.

Este tipo de tratamientos se puede efectuar tanto en el ámbito de la atención primaria como en el ámbito hospitalario.

Técnica de Flebotomía o sangría.

Reside en la extracción de 450-500 ml de sangre a través de punción venosa (a ser posible en la flexura del brazo; vena mediana cefálica o basilica). A partir de esta técnica, se extrae masa de células sanguíneas y volumen de sangre, lo cual por cada de 500 ml de sangre extraídos se extraen aproximadamente 200 – 250 ml de hierro).

La GPC de la “American Association for the Study of Liver Diseases” sobre el manejo de la Hemocromatosis hereditaria, encomienda:

- Los enfermos con hemocromatosis y un exceso de hierro deben ser sometidos a flebotomías terapéuticas (extracción de 500 ml de sangre) se efectúa semanales (o quincenales). (Grado de recomendación/Nivel de evidencia 1A) *. El objetivo de las flebotomías será poder lograr unos niveles de ferritina sérica de 50-100 ug/L. (1B).

Encomiendan que se lleve a cabo una determinación de ferritina sérica ulteriormente de cada 10-12 flebotomías (aproximadamente a los 3 meses) en las etapas iniciales del tratamiento.

- Tras esta fase inicial, los enfermos deberían someterse a flebotomías de sostenimiento. (1A). Las flebotomías de sostenimiento se efectuarán en intervalos de tiempo suficientes para conservar los niveles de ferritina sérica entre los 50-100 ug/L. (1B).

Cuidados de Enfermería.

Inicialmente, en enfermo debe ser valorado por un facultativo quien posteriormente determinará el diagnóstico de Hemocromatosis Hereditaria, la predicción de sangrías con fin terapéutico y la periodicidad de éstas en base a los niveles séricos de ferritina y hemoglobina.

Consecutivamente, son los profesionales de enfermería los que se encargaran de efectuar el procedimiento:

- Explicar el procedimiento al enfermo, que no debe asistir en ayunas.
- Tumbiar al enfermo en una camilla, que halle una postura cómoda ya que el procedimiento suele durar en torno a unos 20 minutos más o menos.

- Control de constantes vitales; Tensión arterial (TA) (si la TAS es inferior a 100 mmHg no está indicada la extracción), Frecuencia cardíaca (FC) (si FC menor de 50 lxm o mayor de 100 lxm, consultar con facultativo).
- Evaluación de venas para la flebotomía; preferiblemente venas en flexura (mediana cefálica y basílica) y de suficiente calibre para ajustarse al grosor de la aguja (en torno a 16G).
- Estacionar el brazo en hiperextensión y poner el compresor a unos 5 cm por encima de la zona de punción. Aplicar antiséptico (Clorhexidina alcohólica al 2%) y dejar secar.
- Punción de la vena. Fijación de la aguja con esparadrapo. Aflojar el compresor.
- Ubicar la bolsa de extracción a un nivel inferior al del brazo para que la sangre fluya mediante la gravedad. Si se dispone de una balanza de donación, comprobar el flujo así como la velocidad de extracción. En todo instante, se debe vigilar que la velocidad de extracción no sea muy excelsa para evitar las posibles reacciones adversas del enfermo.
- Tras finalizar la extracción; proceder a clampar la pinza de la bolsa y retirar la aguja.
- Desechar la bolsa de sangre en el contenedor destinado para los residuos de riesgo biológico.
- Efectuar compresión del punto de punción durante al menos unos 3 minutos o hasta que no salga nada de sangre. Colocar apósito.
- Nueva valoración de constantes vitales. * Durante todo el procedimiento.
- Vigilar el estado general del enfermo, posibles signos y/o síntomas de hipoperfusión, hipotensión o mareo. Preguntarle, cómo se halla y si está aguantando bien la extracción.
- En caso de mareo; contener la extracción, elevar extremidades inferiores, proporcionar un ambiente aireado al enfermo, así como valorar constantes vitales. Si la sintomatología perdura, valorar indicación de canalización venosa para reponer líquidos.
- Si existe la sensación de falta de aire o desaturación, administrar oxigenoterapia.
- Tras unos cuantos minutos de reposo, si el enfermo se halla bien, este puede marcharse. Se le darán una serie de recomendaciones; como no conducir, no tomar bebidas alcohólicas y no puede fumar en las 2 horas siguientes a la extracción. No hacer deporte ni esfuerzos físicos en las siguientes 24 horas. Beber abundantes líquidos (se puede iniciar esta reposición en la propia consulta).
- Concretar próxima cita para flebotomía con el enfermo.
- Registrar todos y cada uno de los datos y cualquier incidencia manifestada durante la extracción en la historia clínica del enfermo.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos observar en la exposición efectuada en nuestra opinión la Hemocromatosis es un padecimiento que afecta al metabolismo del hierro, induciendo el acrecentamiento y acumulo excesivo de este metal en diferentes órganos y sistemas de organismo. Este depósito de hierro puede inducir daños especialmente en órganos como el hígado y los pulmones. La flebotomía o sangría es la forma terapéutica de elección en el tratamiento de la hemocromatosis hereditaria.

Se trata de un procedimiento llevado a cabo por profesionales de la enfermería que deben ser competentes para vigilar la posible aparición de efectos desfavorables durante el mismo. Por ello, es importante dar a conocer los cuidados de enfermería en la flebotomía, para así poder anticiparse a posibles complicaciones y proveer cuidados de calidad.

6 Bibliografía

1. Cervera García, Ismael. (2012). Hemocromatosis tipo I. Patogenia y diagnóstico. *MediSur*, 10(2), 128-135. Recuperado en 02 de noviembre de 2020, de
2. Mesa Latorre, J., García Díaz, J., Corps Fernández, D., & Valbuena Parra, A. (2016). Trastornos del metabolismo del hierro y del cobre. Hemocromatosis y enfermedad de Wilson.
3. Ortiz Polo, I., Paredes Arquiola, J., López Serrano, A., & Moreno-Osset, E. (2012). Hemocromatosis: etiopatogenia, diagnóstico y estrategia terapéutica. *Medicine*.
4. Adams, P., Altés, A., Brissot, P., Butzeck, B., Cabanchik, I., Cançado, R., Distant, S., Evans, P., Evans, R., Ganz, T., Girelli, D., Hultkrantz, R., McLaren, G., Morris, B., Milman, N., Nemeth, E., Nielsen, P., Pineau, B., Piperno, A., Porto, G. Contributors and Hemochromatosis International Taskforce (2018).
5. Banco de Preguntas Preevid. Flebotomías en enfermos con hemocromatosis hereditaria en fase de cirrosis hepática. *Murciasalud*, 2012.
6. Donamaria N. Hemocromatosis primaria: Tratamiento con sangrías en Atención Primaria. [monografía en Internet]. Navarra: zona hospitalaria.com; [citada 13 Jul 2017].
7. Sangría terapéutica o flebotomía. (2020). Retrieved 2 November 2020.

Capítulo 119

PREVENCIÓN EN RABDOMIOLISIS

ANA NIETO CARRETERO

MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ PINA

1 Introducción

La rabdomiólisis es un trastorno en el cual las fibras musculares se descomponen de manera anormal y liberan componentes musculares en el torrente sanguíneo. Esta división de las fibras musculares puede liberar una proteína llamada mioglobina en el torrente sanguíneo. La mioglobina es tóxica para los riñones y, cuando se acumula en cantidades significativas en la sangre, puede causar insuficiencia renal, daño hepático y desequilibrios electrolíticos.

Esta afección puede ser causada por diversas causas, incluyendo lesiones musculares graves, ejercicio excesivo, infecciones, trastornos metabólicos y exposición a sustancias tóxicas, entre otros.

El tratamiento de la rabdomiólisis suele incluir la corrección de desequilibrios electrolíticos, la hidratación, en casos graves, puede requerir terapia de soporte renal para prevenir el daño renal y tratar la causa subyacente.

Los síntomas más comunes de la rabdomiólisis pueden ser:

Dolor muscular: Dolor muscular intenso y generalizado, que a menudo es desproporcionado al esfuerzo físico realizado.

Debilidad muscular: Pérdida de fuerza muscular, que puede dificultar la movilidad.

Orina oscura: La orina suele volverse de color oscuro, marrón o rojo debido a la presencia de mioglobina liberada por las fibras musculares dañadas.

Dolor en la parte baja de la espalda o en los riñones: Puede haber molestias o dolor en la región lumbar debido al posible daño renal.

Fatiga: sensación de debilidad y cansancio generalizado.

Náuseas y vómitos: algunas personas experimentan náuseas y vómitos.

Fiebre: en casos graves, la fiebre puede estar presente.

Aumento de los niveles de creatina quinasa (CK): la rabdomiólisis se confirma a través de análisis de sangre que muestra un aumento significativo de los niveles de CK, una enzima liberada por las células musculares dañadas.

2 Objetivos

- Conocer los riesgos, síntomas de la rabdomiólisis y medidas para evitar y mejorar.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 rabdomiólisis depende de varios factores, incluyendo la gravedad de la afección, la causa subyacente, la rapidez con la que se recibe tratamiento y la salud general del paciente. En general, el pronóstico es más favorable cuando se diagnostica y trata a tiempo. Algunos de los factores que influyen en el pronóstico:

La severidad de la condición es un factor clave. En casos leves, con niveles moderados de enzimas musculares elevadas y síntomas musculares moderados, el pronóstico es generalmente bueno con un tratamiento adecuado. En casos graves, con insuficiencia renal aguda u otras complicaciones graves, el pronóstico puede ser más incierto y requerir un tratamiento intensivo.

La causa que desencadenó la rabdomiólisis también es importante. Por ejemplo, si la causa es un traumatismo muscular agudo, la recuperación suele ser más rápida una vez que se trata la lesión. Si la causa es una infección o una reacción adversa a medicamentos, el pronóstico puede variar dependiendo de la gravedad y la capacidad de controlar la causa subyacente.

La rapidez con la que se recibe tratamiento médico es crucial. La administración temprana de fluidos intravenosos para prevenir el daño renal es esencial. Cuanto antes se trate la rabdomiólisis, mejores serán las perspectivas de recuperación. La salud general del paciente también influye en el pronóstico. Las personas con enfermedades subyacentes o afecciones médicas crónicas pueden tener un pronóstico menos favorable debido a complicaciones adicionales. En algunos casos, la rabdomiólisis puede causar complicaciones a largo plazo, como insuficiencia renal crónica. En tales situaciones, el pronóstico se relaciona con la gravedad de las complicaciones y la capacidad de manejarlas. Es importante buscar atención médica inmediata si se sospecha de rabdomiólisis, ya que el diagnóstico y el tratamiento tempranos son esenciales para prevenir complicaciones graves.

5 Discusión-Conclusión

La rabdomiólisis es una condición médica seria que se caracteriza por la descomposición de las fibras musculares y la liberación de mioglobina y otras sustancias tóxicas en el torrente sanguíneo. A continuación, se presentan algunas conclusiones clave sobre la rabdomiólisis:

La rabdomiólisis puede ser causada por una variedad de factores, como lesiones traumáticas, ejercicio excesivo, consumo de drogas, infecciones, entre otras. Identificar y tratar la causa subyacente es fundamental para el manejo adecuado de la condición.

Los síntomas más comunes incluyen dolor muscular intenso, orina oscura, debilidad, fatiga y posiblemente complicaciones sistémicas como insuficiencia renal aguda.

El diagnóstico se basa en análisis de sangre para detectar niveles elevados de enzimas musculares y mioglobina, así como cambios en los electrolitos. El tratamiento principal implica la administración de fluidos intravenosos para prevenir el daño renal y eliminar las sustancias tóxicas del sistema.

La rabdomiólisis puede ser potencialmente mortal si no se trata a tiempo. Por lo tanto, buscar atención médica urgente es esencial si se sospecha esta afección.

La recuperación de la rabdomiólisis generalmente es posible si se trata adecuadamente. Sin embargo, en casos graves, puede haber consecuencias a largo plazo, como insuficiencia renal crónica.

En resumen, la rabdomiólisis es una condición médica grave que implica la descomposición de las fibras musculares y puede tener consecuencias graves si no se trata a tiempo. La prevención, la identificación temprana y el tratamiento adecuado son esenciales para garantizar una recuperación exitosa y evitar complicaciones a largo plazo.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. Zimmerman JL, Shen MC. Rhabdomyolysis. *Chest*. 2013;144(3):1058-1065.
5. Torres PA, Helmstetter JA, Kaye AM, Kaye AD. Rhabdomyolysis: Pathogenesis, Diagnosis, and Treatment. *The Ochsner Journal*. 2015;15(1):58-69.

Capítulo 120

PACIENTE NEUROCRÍTICO Y LOS CUIDADOS POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

MARIA GONZALEZ CORCOLES

JESUS GONZALEZ CORCOLES

MARÍA MARTÍNEZ PARREÑO

RUBEN LEAL ARANDA

LAURA SUAY ABARCA

1 Introducción

En los últimos años se ha observado una disminución significativa en la tasa de mortalidad entre los pacientes que han sufrido una lesión cerebral traumática (LCT) grave. El número de pacientes que permanecen en estado vegetativo o con discapacidades graves se ha mantenido constante a pesar de esta disminución.

Las causas principales de todo esto son un mejor conocimiento de la fisiopatología de las lesiones neurotraumáticas y la pronta implementación de protocolos de neuromonitorización y el tratamiento correspondiente.

La presión intracraneal (PIC), aunque también podemos completar la neuromonitorización con otros parámetros, es el parámetro que debemos monitorizar en estos pacientes, según se desprende de las guías de práctica clínica.

Variables como PVC, HTA, BIS, escala de Glasgow, RASS y ESCID son ejemplos de variables que nos aportan información extra.

Debido a las suturas y al cierre de las fontanelas, el cráneo es una estructura prácticamente inextensible. Debido a esto, el volumen es constante y nunca varía. Según varias teorías, el contenido del cráneo incluye: la sangre constituye el 10%, el líquido cefalorraquídeo el 10% y el 20% restante está formado por el parénquima cerebral. La presión aumenta cada vez que se eleva uno de estos volúmenes. La PIC, o presión intracraneal, es la presión.

Se origina dentro del cráneo y puede ser provocado por varias cosas, incluidos medicamentos, tumores y golpes. En adultos, niños y recién nacidos, una PIC normal oscila entre 10 y 20 mmHg, entre 3 y 7 mmHg y 1 punto entre 5 y 6 mmHg, respectivamente hay presión arterial alta.

2 Objetivos

Describir los cuidados del personal de enfermería que necesita recibir un paciente neurocrítico en una unidad de cuidados intensivos (UCI).

3 Metodología

A partir de los cuidados que debe brindar el personal de enfermería a un paciente neurocrítico ingresado en una UCI, se ha realizado una revisión bibliográfica. Para su creación se han buscado bases de datos como Pubmed, SciELO, Dialnet, MedLine, Scopus y Proquest. Hacer uso de los operadores booleanos "Y", "O" y "NO" para agregar varios descriptores.

4 Resultados

Es necesario mantener la vía aérea permeable, ya sea con intubación orotraqueal (que encontraremos en la mayoría de los pacientes), o si puede gestionarla sin oxígeno.

Se deben vigilar los signos vitales como la presión arterial, la saturación de oxígeno, la frecuencia cardíaca, la temperatura corporal (ya que la fiebre aumenta el volumen sanguíneo cerebral) y los niveles de azúcar en sangre en relación con el control hemodinámico capilar. El paciente estará conectado a un monitor en todo momento, que mostrará datos sobre sus constantes y nos alertará si algo está fuera de lo normal o excede el límite superior o inferior. límites.

Para lograr una presión de perfusión cerebral (PPC) adecuada, se debe hacer un esfuerzo para mantener una presión arterial media (PAM) de alrededor de 90. Se requiere monitorización de la Presión Intracraneal (PIC) mientras la cabeza está elevada a una posición neutral a 30-45 grados.

Se descubrieron tres técnicas para calcular la presión intracraneal.

1. Para la monitorización se utiliza un catéter intraventricular que se inserta en el quirófano. El catéter se inserta en el ventrículo lateral a través de un orificio practicado en el cráneo. Este tiene un sensor que realiza un seguimiento de la presión sobre el cerebro. Todos los datos y mediciones se envían desde el dispositivo a un monitor, donde se registran.

2. Se requiere un procedimiento de monitorización inmediata cuando se utiliza un tornillo subdural, que se realiza cuando la situación es extremadamente urgente. Además, se utiliza un orificio en el cráneo para insertar el tornillo, que luego se coloca en la duramadre. Las mediciones pueden entonces registrarse desde ese punto.

3. Utilizando un sensor epidural, que se coloca entre la duramadre y el cráneo. Aunque es menos invasivo que los procedimientos anteriores, en este no pudimos evacuar el líquido cefalorraquídeo sobrante; en cambio, pudimos hacerlo en los otros dos procedimientos mencionados anteriormente.

5 Discusión-Conclusión

Se puede decir que las enfermeras son cruciales para ayudar a los pacientes neurocríticos que han sido ingresados en una unidad de cuidados intensivos a evitar complicaciones.

Tanto es así que debes vigilar continuamente tus signos vitales, así como los dispositivos de monitorización externos como ICP y HIC. El gráfico único de cada paciente debe reflejar manualmente cada uno de estos factores y se deben tomar mediciones cada hora.

El personal de enfermería también es responsables de alertar al médico correspondiente si notan alguna anomalía o cosa extraña en el paciente, que, si se trata a tiempo, puede prevenir futuras complicaciones.

6 Bibliografía

- Sahuquillo, J., Castaño, C., Vilalta, J., et al.: Reactividad vascular cerebral al CO₂ en la fase aguda de los traumatismos craneoencefálicos sever

Capítulo 121

PACIENTE ONCOLÓGICO PEDIÁTRICO Y LOS CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA ALIVIAR EL DOLOR.

MARIA GONZALEZ CORCOLES

JESUS GONZALEZ CORCOLES

RUBEN LEAL ARANDA

MARÍA MARTÍNEZ PARREÑO

LAURA SUAY ABARCA

1 Introducción

Una de las principales causas de mortalidad entre los jóvenes es el cáncer. Esta enfermedad suele estar relacionada con un dolor intenso. Como tal, el papel de la enfermera profesional en relación con el enfoque es significativo.

Uno de los efectos secundarios más comunes del tratamiento del cáncer para muchos pacientes es el dolor, tanto en el hospital como en casa. Además de tener rasgos fisiológicos y psicológicos diferentes a los de los adultos, los niños también pasan por un difícil proceso oncológico que implica muchas experiencias dolorosas durante el proceso de diagnóstico.

Un tratamiento adecuado del dolor es crucial tanto para el diagnóstico como para el tratamiento.

Cada persona experimenta el dolor de manera diferente, por lo que es una experiencia compleja y subjetiva.

Identificamos factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden tener un mayor o menor impacto en tu percepción. Entre los factores mencionados anteriormente podemos destacar los siguientes: edad, sexo, desarrollo cognitivo, cultura y aprendizaje, experiencias previas de dolor y temperamento.

Esto aclara por qué cada persona experimenta el dolor de manera diferente y tiene distintos umbrales de dolor. Aunque no está claro exactamente cómo ocurren estas diferencias individuales. Se ha determinado que existen múltiples factores que pueden afectar la forma en que los niños perciben el dolor del cáncer, incluida la edad, la raza, el sexo y el tipo de cáncer, condiciones, tolerancia al dolor, etc.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer los cuidados de enfermería en pacientes pediátricos oncológicos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 el examen de múltiples estudios, se puede concluir que las enfermeras serían cruciales en el manejo del dolor que experimentan los pacientes pediátricos con cáncer, independientemente de si el dolor es provocado por la propia enfermedad del tumor o por cualquiera de las diversas intervenciones médicas involucradas, incluidas la radiación, la quimioterapia y la cirugía.

Su manejo requiere la aplicación de diversas estrategias debido a su etiología multifactorial, como se mencionó anteriormente. Como parte de su tratamiento, debemos abordar la situación desde todos los ángulos.

Se pueden utilizar enfoques tanto farmacológicos como no farmacológicos para tratar el dolor del cáncer.

En términos de manejo farmacológico, la enfermería es responsable de administrar los medicamentos e identificar los posibles efectos secundarios, los cuales pueden reducir significativamente la calidad de vida del paciente. Cuando se trata de utilizar medicamentos para tratar el dolor, la escala de analgesia de la OMS sirve como base principal para el tratamiento. Se ha demostrado que las aplicaciones de estas directrices son eficaces para controlarlo.

Por el contrario, el personal de enfermería tiene más libertad como personal independiente. Profesionales a la hora de reducir el dolor mediante métodos no farmacológicos. Por lo tanto, sería crucial que estos profesionales poseyeran y aplicaran los conocimientos y habilidades necesarios para poder gestionar adecuadamente el dolor.

La capacidad de asistir al paciente, manejar eficazmente los síntomas o brindar educación al momento del alta serían habilidades notables dentro de estas competencias y/o variables que impactarían la calidad de la atención.

Todos estos tratamientos no farmacológicos entrarían en la categoría de medicina complementaria o alternativa. Además, a la hora de diseñarlos hay que tener en cuenta las necesidades y la edad de cada niño.

5 Discusión-Conclusión

Las necesidades del paciente oncológico pediátrico requieren una atención especial por parte de los profesionales de enfermería. Su conocimiento y aplicación de las diversas formas de gestión del agua serían beneficiosos y cruciales para brindar a estos pacientes la mejor atención posible, a pesar de su malestar. Como complemento, los profesionales sanitarios deben conocer y administrar de forma coherente las medidas farmacológicas y no farmacológicas adecuadas, ya que son fundamentales para un enfoque holístico del tratamiento del dolor. Se ha determinado que existen múltiples factores que pueden afectar la forma en que los niños perciben el dolor del cáncer, incluida la edad, la raza, el sexo y el tipo de cáncer, condiciones, tolerancia al dolor, etc.

6 Bibliografía

1. Conner-Warren RL. Intensidad del dolor y manejo del dolor en el hogar de niños con enfermedad oncológica. Cuestiones de Enfermería Pediátrica Integral.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

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

Capítulo 122

CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE ORTOGERIÁTRICO

MARIA GONZALEZ CORCOLES

JESUS GONZALEZ CORCOLES

MARÍA MARTÍNEZ PARREÑO

RUBEN LEAL ARANDA

LAURA SUAY ABARCA

1 Introducción

La fractura de cadera es un grave problema de salud pública por su alta incidencia y los problemas que supone para los pacientes que la padecen en cuanto a su autonomía.

En España se notificaron 10.068 casos de fractura de cadera en 2021, según el Registro Nacional de Fracturas de Cadera.

Debido al envejecimiento de la población española (causado por una disminución de los nacimientos y un aumento de la esperanza de vida), estos casos también han ido aumentando.

Si se tienen en cuenta los factores demográficos, las mujeres representan 3/4 de los pacientes con fracturas de cadera en nuestro país y su edad promedio es de 87 años. Además, hay factores adicionales que podemos identificar riesgos como

osteoporosis, polifarmacia en pacientes de edad avanzada, deterioro de la salud general, mayor riesgo de caídas, consumo de alcohol y tabaco, y deficiencias de vitamina D y calcio.

Dado que tratar este tipo de patología dentro de las primeras 48 horas minimizará las posibles complicaciones, el tiempo de hospitalización y la mortalidad, es fundamental que se descubra y trate rápidamente.

Por lo tanto, el personal de enfermería debe conocer los cuidados específicos que se deben brindar a un paciente ortogerátrico, así como algunas escalas que pueden mostrar si un paciente tiene riesgo de sufrir fracturas o caídas.

2 Objetivos

-Conocer los cuidados de enfermería esenciales que requieren los pacientes ortogerátricos y reconocer las causas de las fracturas de cadera y los factores de riesgo de las mismas.

3 Metodología

Se trata de una revisión bibliográfica para la cual se realizó una búsqueda en las bases de datos Google Academic y Dialnet, y se examinó la página del Registro Nacional de Fracturas de Cadera.

Sólo se examinaron artículos escritos en español, por lo que se utilizó un filtro de idioma.

4 Resultados

Cuando un paciente ortogerátrico llega a planta, se debe realizar una adecuada valoración geriátrica, que incluya un plan preventivo, terapéutico y rehabilitador con el objetivo de lograr el mayor nivel de vida y autonomía del anciano. Nos resultarán familiares los ámbitos clínico, funcional, mental y social de esta evaluación para poder realizarla.

El índice de Barthel, que mide qué tan bien una persona realizó tareas diarias fundamentales antes y después de una caída, es una de las escalas interesantes que se pueden utilizar durante la evaluación de un paciente geriátrico.

El estado cognitivo se evalúa mediante la escala de Pfeiffer, el riesgo de desarrollar UPP se evalúa mediante la escala de Braden, el riesgo de caídas se evalúa mediante la evaluación social mediante la escala de Pfeiffer.

Una fractura de cadera implica un dolor agudo que impide al paciente poder mantenerse en pie o mover el miembro afectado, por lo que el manejo del dolor es otro factor crucial a considerar cuando llega por primera vez. Es imprescindible poseer un buen manejo del dolor para mejorar la calidad del sueño, disminuir las desorientaciones y acelerar la movilización. Analgésicos, antiinflamatorios y son las primeras opciones para tratar este dolor.

El personal de enfermería también debe estar familiarizado con el uso de tracciones. Dependiendo del tipo de fractura, en ocasiones se puede utilizar tracción para mantener la extremidad inmóvil, evitar el desplazamiento de la fractura y aliviar el dolor.

También hay que tener en cuenta que este tipo de fracturas obligan al paciente a permanecer un tiempo inmóvil (y pueden impedirle volver a caminar por sí solo), lo que aumenta el riesgo de que surjan otros problemas como la aparición de úlceras por presión, tromboembolismo pulmonar, estreñimiento e incontinencia urinaria.

Es fundamental estar atento a los síntomas de sangrado activo, como el desarrollo de síntomas de hipertensión y anemia, cuando el paciente regresa a la sala después de la operación.

El personal de enfermería debe intentar la movilización temprana del paciente durante el postoperatorio. Alentará a los pacientes a caminar y dejar que la herida quirúrgica sane mientras están atentos a cualquier síntoma controlar el exudado y prevenir la infección.

Por otro lado, existen algunas escalas que nos pueden ayudar a determinar el riesgo que tienen los pacientes de sufrir fracturas o caídas. Es interesante conocer la escala Downtown, que calcula el riesgo de caídas, y la escala QFracture, que evalúa el riesgo de fracturas. Ambas escalas consideran cinco factores, incluidos antecedentes de caídas, estado mental, uso de medicamentos, deambulación y posibles déficits sensoriales.

5 Discusión-Conclusión

Dado el envejecimiento de la población del país, la fractura de cadera es un problema que está empeorando en España.

Siempre se debe dar educación sanitaria al paciente antes del alta, instruyéndole sobre cómo aplicar apósitos en las heridas quirúrgicas, reconocer cuándo debe acudir a urgencias del hospital y administrar heparina subcutánea.

Por ello, es fundamental contar con un personal de enfermería que esté adecuadamente capacitado en la atención requerida al paciente.

Pacientes ortogerítricos de edad avanzada. Esto garantizará que recibamos atención hospitalaria de alta calidad y aumentará la independencia de las personas mayores.

Finalmente, es imperativo prevenir nuevas caídas en este tipo de pacientes, por lo que los profesionales de enfermería deben conocer completamente las escalas utilizadas para evaluar fracturas y caídas.

6 Bibliografía

1- Villarín Castro A, Hernández Sanz A. Valoración del riesgo de fractura osteoporótica. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2015 [Consultado 17 Ago 2023]; 8 (1): 48

Capítulo 123

EL USO DE APÓSITOS DE MIEL EN ÚLCERAS DE PIE DIABÉTICO

MARYAM BOUZARAD AIT BAH

MELODY TORIJA RESUELA

MARIA DIAZ-BERNARDO RAMIREZ

MARÍA LÓPEZ BERGILLOS

1 Introducción

Las comorbilidades que acompañan a la Diabetes Mellitus (DM) son problemas de salud graves que ponen en peligro la vida y que contribuyen a mayores costos de atención médica, reducción de la calidad de vida del paciente y mayores tasas de mortalidad(1). Una complicación común son las úlceras del pie diabético (UPD), ya que una cuarta parte de todos los diabéticos desarrollan una o más úlceras del pie diabético (UPD) durante su vida(2). Se estima que entre el 19 y el 34% de los pacientes con diabetes tienen probabilidades de verse afectados por una UPD a lo largo de su vida, y la Federación Internacional de Diabetes informa que entre 9,1 y 26,1 millones de personas desarrollarán úlceras del pie diabético (UPD) anualmente(3).

Se define pie diabético como una "infección, ulceración o destrucción de los tejidos del pie asociada con neuropatía y/o enfermedad arterial periférica en la extremidad inferior de una persona con (antecedentes de) diabetes mellitus" (2).

Las UPD pueden provocar dolor, mal olor, problemas funcionales y, finalmente, la amputación cuando no se recibe una buena atención (4). Especialmente en los

diabéticos, estas úlceras corren el riesgo de volverse crónicas e infectarse (2), ya que los pacientes con Diabetes Mellitus a menudo sufren de neuropatía, lo que significa que no pueden sentir dolor y notar las heridas correctamente, lo que resulta en un cuidado inadecuado de la herida y una exacerbación de la lesión (2). La úlcera del pie diabético (UPD) se asocia con una mortalidad del 5% en los primeros 12 meses y una mortalidad del 42% en los primeros 5 años (3).

Además, tienen diferentes comorbilidades, como obesidad, flujo sanguíneo obstaculizado, aterosclerosis y una mala alimentación nutricional, que atenúan la cicatrización de las heridas, haciéndolos aún más propensos a desarrollar infecciones (2).

El reconocimiento adecuado de la infección y el tratamiento con antibióticos es imperativo para mejorar los resultados. Por el contrario, el tratamiento inadecuado con antibióticos, a menudo por miedo a pasar por alto una infección, para reducir la carga bacteriana o la profilaxis se asocia con varios efectos adversos, incluida la resistencia antibacteriana (3). La infección de la herida es un predictor conocido de mala cicatrización de heridas y amputación (3).

Con la aparición de bacterias resistentes a los medicamentos, muchos agentes antimicrobianos se han vuelto ineficaces en el tratamiento de heridas, y se han reportado muchos fracasos en los métodos actuales de tratamiento de heridas. Por esta razón, se han buscado terapias alternativas, una de las cuales es el uso de la miel como agente de tratamiento de heridas (5).

El uso de la miel con fines medicinales se ha descrito desde la antigüedad, con ejemplos que incluyen a los antiguos egipcios, Hipócrates y los antiguos griegos, Li Shizhen y los antiguos chinos (6).

La miel se elabora a partir del néctar de las flores recolectadas por las abejas melíferas y está compuesta principalmente de glucosa y fructosa. Sin embargo, también contiene vitaminas, minerales, aminoácidos, enzimas, ácidos orgánicos y otros compuestos (7). Su composición se ve afectada por las variaciones estacionales, así como por la ubicación geográfica donde las abejas recolectaron el néctar. El contenido de humedad de la mezcla de néctar depositada se reduce y se seca, volviéndose más concentrado y produciendo miel viscosa (5).

La miel para uso sanitario debe estar libre de cualquier forma de contaminación, como herbicidas, pesticidas, metales pesados y endosporas latentes. Debe recolectarse en regiones orgánicas y esterilizarse con rayos gamma, además de seguir estrictos estándares y regulaciones de calidad, procesamiento y almacenamiento, para garantizar la seguridad de la miel (2).

2 Objetivos

- Valorar la evidencia existente sobre el uso de la miel en úlceras de pie diabético.
- Analizar los efectos secundarios que producen la miel en las heridas.
- Conocer la evolución del proceso de cicatrización de las heridas tras la aplicación de miel.

3 Metodología

El presente trabajo se llevó a cabo en el mes de septiembre mediante una búsqueda rigurosa de información en las siguientes bases de datos: Pubmed, the Cochrane Library, EMBASE, Cuiden plus. Se usaron términos como: “honey” “MGH” “DM”, “Diabetes mellitus” “ulcers” al igual que términos en español como: “miel” “úlceras”, “pie diabético”, “diabetes mellitus”

El proceso de selección se llevó a cabo primero, realizando una lectura de los títulos y resúmenes de cada artículo. Tras excluir aquellos artículos cuyos resúmenes no eran adecuados, se procedió a leer los artículos completos.

4 Resultados

El uso de la miel ha creado mucha expectativa para tratar y curar heridas crónicas, al ser una sustancia económica, natural y popular en todas las culturas, esto hace que continuamente se esté investigando.

Entre las propiedades de la miel se encuentran potencia antiinflamatoria, actividad antimicrobiana, antioxidante, acelera la cicatrización de heridas, desbridamiento de heridas y capacidad de eliminación de radicales libres. Además, es un inmunomodulador con el poder de potenciar el sistema inmune.

Las propiedades antibacterianas de la miel se atribuyen principalmente a su osmolaridad (alto contenido de azúcar), pH ácido y presencia de peróxido de hidrógeno. Su alta osmolaridad inhibe eficazmente el crecimiento de bacterias, y su alta viscosidad ayuda a proporcionar una barrera protectora para prevenir infecciones; Además, el efecto osmótico ayuda a absorber el pus y eliminar el olor. El peróxido de hidrógeno es esencial para proteger contra infecciones y limpiar heridas, incluso en bajas concentraciones, por lo que acelera eficazmente el proceso de cicatrización de heridas. Sus altos contenidos en antioxidantes eliminan los radicales libres, disminuyendo el estrés oxidativo y por tanto el proceso inflamatorio.

Estudios adicionales han demostrado que la miel puede activar los macrófagos. Así, una herida no cicatrizada podría pasar de un estado inflamatorio crónico a un estado de hiperplasia y reconstrucción bajo la activación de macrófagos. Otras investigaciones han demostrado que la miel tiene un amplio espectro de acción; es activo contra bacterias gramnegativas, grampositivas, aeróbicas y anaeróbicas, incluidas todas las cepas de bacterias resistentes. El uso de la miel no debe hacerse en su formato comercial, ya que ese producto no está libre de esporas *Clostridium Botulinum* y puede ocasionar botulismo. Es por esto por lo que es conveniente utilizar apósitos con miel que tienen garantía de producto sanitario (8).

5 Discusión-Conclusión

A la luz del aumento de la prevalencia de la diabetes y de las complicaciones relacionadas con las úlceras del pie diabético (UPD), así como del aumento de la resistencia a los antibióticos, es esencial explorar nuevas opciones de tratamiento de heridas. La miel forma una estrategia potente para combatir las infecciones (resistentes a los antibióticos) y sirve como antibioterapia alternativa prometedora sin riesgo de desarrollar resistencia. Es fácil de aplicar en la atención domiciliaria, y se ha demostrado que es un tratamiento seguro y rentable para las úlceras diabéticas crónicas. Es capaz de resolver infecciones y mejora la cicatrización de heridas, y constituye una estrategia prometedora como primera línea de tratamiento en úlceras diabéticas, así como en otro tipo de heridas.

Hay a disposición de los usuarios y personal sanitario una guía donde se explica detenidamente su uso y formatos de apósitos de venta en el mercado, esta guía se llama “Guía práctica sobre el uso de los apósitos con miel”.

6 Bibliografía

1. Papanikolaou GE, Gousios G, Cremers NAJ. Use of Medical-Grade Honey to Treat Clinically Infected Heel Pressure Ulcers in High-Risk Patients: A Prospective Case Series. *Antibiotics*. 2023 Mar 1;12(3).
2. Nair HKR, Tatavilis N, Pospíšilová I, Kučerová J, Cremers NAJ. Medical-grade honey kills antibiotic-resistant bacteria and prevents amputation in diabetics with infected ulcers: A prospective case series. *Antibiotics*. 2020 Sep 1;9(9):1–12.
3. Everett E, Mathioudakis N. Update on management of diabetic foot ulcers. Vol. 1411, *Annals of the New York Academy of Sciences*. Blackwell Publishing Inc.; 2018. p. 153–65.

4. Isabel Martínez López Tutor A, Francisco Pedro García Fernández D. La eficacia de la sacarosa y la miel en heridas crónicas: Revisión bibliográfica de la literatura. 2017.
5. Tashkandi H. Honey in wound healing: An updated review. Vol. 16, Open Life Sciences. De Gruyter Open Ltd; 2021. p. 1091–100.
6. Saikaly SK, Khachemoune A. Honey and Wound Healing: An Update. Vol. 18, American Journal of Clinical Dermatology. Springer International Publishing; 2017. p. 237–51.
7. Maria I, García J, Sureda A, Tutor G, Trabajo D, Josep A, et al. “La miel: Beneficios nutricionales y efectos terapéuticos en pacientes con heridas crónicas.” 2016.
8. Ramos Gallardo G, Sanchez Chavez AN, Gallaguer Hernández S, Rodríguez Pérez MA, Morales Zamarrón E, Chan Ramírez MS. Presentación de casos clínicos sobre el uso de la miel en el tratamiento de heridas. 2017;15.

Capítulo 124

MANEJO NO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR EN NEONATOS

MARYAM BOUZARAD AIT BAH

MELODY TORIJA RESUELA

MARIA DIAZ-BERNARDO RAMIREZ

MARÍA LÓPEZ BERGILLOS

1 Introducción

Según la asociación internacional para el estudio del dolor (IASP), el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un daño tisular real o potencial(1) (2).

Anteriormente se creía que los recién nacidos no tenían la capacidad de experimentar dolor porque el proceso de mielinización del sistema nervioso aún no estaba completo (3). Sin embargo, los estudios de la última década han demostrado que los sistemas funcionales, autónomos y neuroquímicos de los bebés están lo suficientemente desarrollados como para comprender, experimentar y memorizar el dolor (2). A pesar de que la respuesta de los mecanismos inhibidores nociceptivos para reducir el dolor requiere varios meses para madurar (3) .

No sólo sienten el dolor, sino que son muy sensibles y su umbral para responder a estímulos dolorosos es muy bajo. Su reacción ante estímulos dolorosos es más rápida que la de los adultos (2). Aunque los bebés no pueden expresar su dolor, sí pueden demostrar un conjunto de reacciones conductuales y fisiológicas visibles

y mensurables, como la expresión facial, llanto, aumento de la frecuencia cardíaca y disminución de la saturación arterial de O₂ (2).

El manejo inadecuado de dolor puede provocar complicaciones a corto y largo plazo, desde hiperalgesia hasta alteraciones de la experiencia del dolor (4). Entre estas consecuencias, se reportan importantes repercusiones en el desarrollo motor e intelectual a los 8 y 18 meses de edad y se puede observar hipersensibilidad al dolor hasta los 7 años en bebés nacidos prematuros (5). Además de, dificultades de alimentación y enfermedades metabólicas crónicas (5). Los acontecimientos dolorosos en los primeros años de vida pueden aumentar el número de receptores de glucocorticoides en el hipocampo, lo que puede afectar la respuesta futura al estrés (4).

Aunque tal vez no sea posible eliminar por completo el dolor en los recién nacidos, se puede hacer mucho para reducir su cantidad e intensidad. La prevención del dolor es importante no sólo porque es una expectativa ética sino también porque las exposiciones dolorosas repetidas pueden tener consecuencias perjudiciales (6).

2 Objetivos

- Conocer la evidencia existente sobre los métodos no farmacológicos para paliar el dolor en neonatos.
- Resumir la evidencia actual sobre la eficacia, seguridad y viabilidad de las intervenciones no farmacológicas para el tratamiento del dolor en recién nacidos.

3 Metodología

Este capítulo se llevó a cabo mediante la búsqueda de artículos extraídos de las bases de datos de PubMed, Scielo, y Medline. El proceso de selección se llevó a cabo primero, realizando una lectura de los títulos y resúmenes de cada artículo. Tras excluir aquellos artículos cuyos resúmenes no eran adecuados, se procedió a leer los artículos completos.

4 Resultados

Tras los primeros momentos de vida, los recién nacidos son sometidos a una serie de procedimientos invasivos, siendo el más frecuente la punción del talón para el

cribado de enfermedades endocrino-metabólicas (3). Estos procedimientos suelen ser necesarios para garantizar la mejor atención (4).

Aunque se pueden utilizar métodos farmacológicos y no farmacológicos para aliviar el dolor y el sufrimiento en los recién nacidos, se recomiendan enfoques no farmacológicos como tratamiento de primera línea de acuerdo con las pautas de manejo del dolor neonatal (5) ya que muestran mayores ventajas debido a su bajo riesgo y falta de efectos secundarios, facilidad de implementación, bajo costo y facilidad de uso para las enfermeras (7).

En comparación con otros miembros del equipo de salud, las enfermeras pasan más tiempo con los bebés y su evaluación del dolor y el desempeño relacionado con el dolor es de gran valor. Entre estas estrategias se encuentran:

- Contacto de piel con piel: Al estar en contacto con el latido materno, su calor y olor mejora la autorregulación del niño. Lo ideal es que el neonato esté en posición para recibir contacto piel con piel aproximadamente 10 a 15 minutos antes del procedimiento y debe permanecer en esta posición hasta su finalización.
- Arropamiento y flexión facilitada: la práctica de envolver a los bebés en mantas puede ayudar a simular el entorno del útero, lo que puede traducirse en analgesia. El masaje puede potencialmente saturar los sentidos y disminuir las señales de dolor que se envían al sistema nervioso central.
- Amamantamiento: Para que sea eficaz, la lactancia materna debe iniciarse aproximadamente 5 minutos antes del doloroso procedimiento; además, el recién nacido debe succionar eficazmente antes, durante y después del final del doloroso procedimiento para que se obtengan efectos analgésicos eficaces. Esto se debe posiblemente a la presencia de opiáceos endógenos en la leche materna además del contacto con la madre.
- Succión no nutritiva: La succión no nutritiva promueve la comodidad y el alivio del dolor entre los recién nacidos prematuros y a término y puede usarse solos o combinados con soluciones endulzadas.
- Soluciones de sacarosa/glucosa: La solución de sacarosa oral se utiliza más comúnmente como intervenciones no farmacológicas para el tratamiento del dolor en recién nacidos. La sacarosa puede ejercer sus efectos analgésicos a través de vías opioides endógenas o mediante un aumento de dopamina y acetilcolina. Pequeños volúmenes de glucosa o sacarosa administrados en la porción anterior de la lengua de los recién nacidos aproximadamente 2 minutos antes de un procedimiento garantizan la reducción de las puntuaciones de dolor.
- Musicoterapia: La música utiliza la distracción para activar la atención del bebé y así lo distrae del dolor y disminuye su sensación de dolor.

A demás a que tener en cuenta el entorno, reduciendo la luminosidad y el ruido,

minimizar lo posible la manipulación y la contención. También se recomendó combinar varias intervenciones no farmacológicas para aumentar el efecto analgésico.

5 Discusión-Conclusión

Si bien existe evidencia de métodos analgésicos no farmacológicos, las estrategias no se utilizan universalmente. Los métodos no farmacológicos pueden reducir el dolor neonatal directamente bloqueando la transmisión de la nocicepción o activando vías inhibitorias descendentes, e indirectamente reduciendo la cantidad total de estímulos nociceptivos a los que están expuestos los bebés.

Aunque tal vez no sea posible eliminar por completo el dolor en los recién nacidos, se puede hacer mucho para reducir su cantidad e intensidad. La prevención del dolor es importante no sólo porque es una expectativa ética sino también porque las exposiciones dolorosas repetidas pueden tener consecuencias perjudiciales. Los métodos no farmacológicos son de fácil implementación y uso para las enfermeras.

6 Bibliografía

1. Sposito NPB, Rossato LM, Bueno M, Kimura AF, Costa T, Guedes DMB. Avaliação e manejo da dor em recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: Estudo transversal. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017;25.
2. Mehrnough N, Ashktorab T, Heidarzadeh M, Momenzadeh S, Khalafi J. Factors influencing neonatal pain management from the perspectives of nurses and physicians in a neonatal intensive care unit: A qualitative study. *Iran J Pediatr*. 2018;28(1).
3. García-Valdivieso I, Yáñez-Araque B, Moncunill-Martínez E, Bocos-Reglero MJ, Gómez-Cantarino S. Effect of Non-Pharmacological Methods in the Reduction of Neonatal Pain: Systematic Review and Meta-Analysis. Vol. 20, *International Journal of Environmental Research and Public Health*. MDPI; 2023.
4. Mangat AK, Oei JL, Chen K, Quah-Smith I, Schmölzer GM. A review of non-pharmacological treatments for pain management in newborn infants. Vol. 5, *Children*. MDPI; 2018.
5. Shen Q, Huang Z, Leng H, Luo X, Zheng X. Efficacy and safety of non-pharmacological interventions for neonatal pain: an overview of systematic reviews. *BMJ Open*. 2022 Sep 28;12(9).

6. Balice-Bourgeois C, Zumstein-Shaha M, Vanoni F, Jaques C, Newman CJ, Simonetti GD. A Systematic Review of Clinical Practice Guidelines for Acute Procedural Pain on Neonates. Vol. 36, *Clinical Journal of Pain*. Lippincott Williams and Wilkins; 2020. p. 390–8.
7. Gao H, Li M, Gao H, Xu G, Li F, Zhou J, et al. Effect of non-nutritive sucking and sucrose alone and in combination for repeated procedural pain in preterm infants: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2018 Jul 1;83:25–33.

Capítulo 125

LAS PRINCIPALES FUNCIONES QUE DESARROLLA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO ESPECIAL DE QUIRÓFANO

NATALIA GIL RUIZ

NATALIA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

MARTA PEÑUELAS VALDERAS

ALFONSO ORTEGA CORUÑA

MALENA FERNÁNDEZ ARROYO

1 Introducción

El quirófano es un área donde se realizan las intervenciones quirúrgicas a aquellos pacientes que lo precisan.

Estos deben de cumplir unos requisitos y características determinadas, la localización deberá de estar situada lo más céntrico posible y con una buena comunicación con respecto al resto de servicios especiales que componen el hospital, como son: urgencias, UCI, esterilización, hospitalización...

Los quirófanos tienen establecidos los protocolos en cuanto a limpieza, esterilización y asepsia para evitar cualquier tipo de infección nosocomial a los pacientes que van a ser intervenidos.

Dentro del área de quirófano existe un equipo multidisciplinar formado por diferentes profesionales como son: cirujanos, anestelistas, enfermeros, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, celadores y equipo de limpieza y desinfección. Los profesionales de enfermería actúan en el procedimiento quirúrgico, pudiendo diferenciar dos figuras básicas como son el enfermero circulante y el enfermero instrumentista.

En cada caso el enfermero adquiere un rol y competencias diferentes, por lo que tendrá que saber cuáles son las funciones que deberá de desarrollar en cada una de ellas.

Los profesionales de enfermería deberán de realizar cursos de actualización de conocimientos en referencia con las intervenciones quirúrgicas, ya que existen procedimientos que van cambiando por lo que se adaptarán las nuevas técnicas.

2 Objetivos

Conocer e identificar cuáles son las funciones que desarrolla el profesional de enfermería como enfermero circulante y enfermero instrumentista dentro del servicio especial de quirófano.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo de investigación se ha llevado a cabo una consistente revisión bibliográfica utilizando las bases de datos más importantes: Pubmed, Scielo, Medline, Ocronos, Google Scholar.

También se ha consultado la literatura científico sanitaria existente en referencia con la enfermería en el área quirúrgica.

4 Resultados

Las funciones que desarrolla la enfermera instrumentista dentro del quirófano principalmente es la de asistir a los cirujanos mientras realizan las intervenciones proporcionándoles todo el material que requieran y necesiten en cada momento. La enfermera instrumentista tendrá que estar estéril, tendrá que conocer el tipo de intervención que van a realizar para preparar todo el material necesario. Las funciones que desarrolla la enfermera instrumentista tienen que estar coordinadas con el resto de los profesionales que se encuentran en esta unidad.

Los profesionales de enfermería serán los encargados de garantizar la integridad y seguridad del campo estéril durante todo el procedimiento quirúrgico. Deberán de tener conocimiento sobre las técnicas asépticas y estériles para poder así poder preparar todo el material y el instrumental correctamente siguiendo todas las normas de seguridad que se encuentran establecidas para los procedimientos quirúrgicos.

La enfermera circulante por lo contrario, no se encuentra estéril, su función principal es asistir al equipo que está interviniendo así como a la enfermera instrumentista, proporcionándole el material que necesite en cada momento, siguiendo las normas de esterilización y manteniendo todo lo más aséptico posible para evitar cualquier tipo de contaminación del campo estéril.

Dentro del quirófano los enfermeros desarrollan diferentes funciones:

- Función administrativa: serán los encargados de cumplimentar todas las hojas de registros así como de revisar toda la medicación y material y comprobar que se encuentran en óptimas condiciones.
- Función docente: Tanto la enfermera circulante como la enfermera instrumentista formarán a los nuevos enfermeros que trabajen en esa unidad, así como estudiantes o cursos de formación continuada para tener una asistencia de calidad.
- Función investigadora: Los profesionales de enfermería realizan estudios de investigación sobre los métodos adecuados para mejorar la atención de los pacientes dentro de los quirófanos, que nos ayudarán en las nuevas actualizaciones.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos observar en el presente trabajo de investigación dentro del área quirúrgica podemos diferenciar dos figuras esenciales de la enfermería, cada una de ellas con unas competencias específicas que serán esenciales para el correcto funcionamiento de quirófano.

La enfermera instrumentista que será la encargada de asistir a los cirujanos, se encontrará estéril y será la encargada de garantizar la seguridad y asepsia en el campo quirúrgico.

La enfermera circulante, será la encargada de asistir en primer lugar al paciente, monitorizándolo y ayudado al médico anestesista en todo lo que necesite. Una vez que comience la operación, estará pendiente de la enfermera instrumentista y del resto de profesionales para proporcionarles todo lo que requieran en cada momento.

6 Bibliografía

<https://daeformacion.com/funciones-enfermera-instrumentista-y-enfermera-circulante/>

<https://revistamedica.com/competencias-tcae-servicio-quirofano/>

<https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-manejo-enfermeria-circulante-seguridad-pacientes>

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-

Capítulo 126

EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN EL PUERPERIO

ALBA IGLESIAS QUINTANA

MARÍA MÉNDEZ QUIÑONES

EVA CEÑAL DE ÁVILA

1 Introducción

El puerperio es una etapa muy importante en la vida de una mujer, comprendiendo el periodo de 40 días a partir del momento del parto. Durante el cual, la madre experimenta cambios físicos y emocionales significativos, una etapa de adaptación a un nuevo rol y recuperación del estado normal del organismo.

La enfermera es responsable de evaluar la salud de la madre. Durante las visitas de seguimiento realizará exámenes físicos para asegurarse de que la madre se está recuperando adecuadamente y no presenta complicaciones. Ofreciendo también información sobre los puntos de sutura, la higiene perineal, identificación de signos de alarma y la lactancia materna, entre otros.

De igual manera la enfermera está capacitada para identificar los signos de depresión o dificultades en la adaptación al nuevo rol como madre y brindar apoyo emocional, así como para derivar a la madre a servicios especializados si es necesario.

En este capítulo se expone el papel fundamental de la enfermera en el puerperio, destacando las acciones llevadas a cabo con el fin de ofrecer un cuidado óptimo

a las madres y su familia en este tiempo. A través de la evaluación física, la educación y apoyo emocional. Promocionando una experiencia positiva en el periodo postparto.

2 Objetivos

- Identificar los cambios físicos y psicológicos en el puerperio.
- Conocer el papel de la enfermera durante esta etapa.
- Brindar apoyo a las madres desde el conocimiento como personal sanitario.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica que ha incluido artículos obtenidos en bases de datos electrónicas, guías de interés de distintos organismos oficiales y recopilación de datos de entrevistas a profesionales de la salud, para la elaboración de conclusiones basadas en información veraz.

4 Resultados

El puerperio es una etapa de transición en la que la madre se recupera físicamente del parto y se adapta a su nuevo rol como madre. Durante este tiempo la enfermera desempeña un papel esencial, ofreciendo apoyo emocional, educación y atención médica para garantizar una recuperación adecuada.

Es frecuente la presencia de labilidad emocional con cambios de humor, irritabilidad o euforia, marcada sensibilidad, trastornos del sueño y apetito, y sensación de agobio o agotamiento. La enfermera desempeña un papel clave, brindándole un espacio seguro para expresar sus sentimientos y preocupaciones. Además de proporcionar información sobre cambios emocionales normales que ocurren durante esta etapa y ofrecer estrategias y recursos para afrontarlos.

Por otra parte, las madres necesitan aprender sobre el cuidado de sí mismas y de su bebé. La educación materna adquiere mucha importancia, proporcionando información y resolviendo dudas sobre la lactancia materna, el cuidado del cordón umbilical, la higiene del bebé y otros aspectos importantes del cuidado postparto. Por último, no se debe olvidar la atención médica que la enfermera ofrecerá con relación a complicaciones médicas que pueden derivar de los sangrados vaginales, debido a la expulsión de los restos de la pared del útero, y las secreciones

que se producen al cicatrizar la herida dejada por la placenta, cambios en las mamas por el establecimiento de la lactancia y recuperación del tamaño del útero, asociado a contracciones dolorosas en los primeros días. Estas complicaciones pueden relacionarse con infecciones, hemorragias o problemas de lactancia materna. Estando la enfermera capacitada para identificar y tratar estas complicaciones. Fiebre, incremento del sangrado, loquios que adquieren mal olor, dolor en la zona baja del vientre, molestias al orinar, dolor y enrojecimiento de uno o ambos pechos, síntomas de depresión.

5 Discusión-Conclusión

El papel de la enfermera en el puerperio es esencial para garantizar la salud y el bienestar de la madre y el bebé. A través del apoyo emocional, la educación y la atención médica, la enfermera adquiere un papel fundamental en la recuperación de la madre y su adaptación a la maternidad con una transición exitosa. Su labor incluye la detección temprana de complicaciones, la enseñanza de cuidados postparto, detección de signos de alarma, la promoción de la lactancia materna, el apoyo emocional a la madre y la derivación a otros servicios especializados si se considera necesario, sin olvidar la información y recursos que se deben de brindar a las familias que ayudarán a la madre en su entorno más cercano.

6 Bibliografía

- Los Cuidados Continuados, I. (s/f) (2016). DE ENFERMERÍA EN EL PUERPERIO. Uam.es. Recuperado el 13 de octubre de 2023, de https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/676327/martin_blazquez_raqueltfg.pdf
- La salud afectivo-sexual y reproductiva, P. de A. a. la S. A.-S. y. R. P. de A. a. (s/f) (2020). Atención de la madre Atención de la madre y el recién nacido/ay el recién nacido/a durante el puerperio durante el puerperio. Gobiernodecanarias.org. Recuperado el 13 de octubre de 2023, de <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/e29a0513-7286-11ea-870d-13c8969bb0c7/Purperio.pdf>
- Burneo Cárdenas, G., Contento Fierro, B. E., & González Contento, V. R. (2018). Atención de enfermería durante el puerperio en un hospital de Machala, Ecuador. *Enfermería Investiga Investigación Vinculación Docencia y Gestión*, 3(1, Mar), 21–25. <https://doi.org/10.29033/ei.v3n1.2018.05>
- Grado, T. F. (s/f). GRADO EN ENFERMERÍA. Uva.es. Recuperado el 13 de octubre de 2023, de <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/39117/TFG-O->

1752.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Jgiraldez, P. (2019, septiembre 4). 6. Atención durante el puerperio - GuíaSalud. GuíaSalud. <https://portal.guiasalud.es/egpc/embarazo-atencion-puerperio/>

Ramos, I. V., & Seco, Y. M. (s/f). Recuperación física y psicológica en el puerperio. Unican.es. Recuperado el 13 de octubre de 2023, de

Capítulo 127

LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA Y LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN FASE AGUDA

NATALIA GIL RUIZ

MARTA PEÑUELAS VALDERAS

ALFONSO ORTEGA CORUÑA

NATALIA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

MALENA FERNÁNDEZ ARROYO

1 Introducción

El infarto agudo de miocardio es la necrosis que se produce en las células localizadas en el miocardio, esto es debido por una isquemia prolongada que se produce por una reducción súbita de la circulación sanguínea a nivel coronario. Las principales causas son cuando se produce una placa de ateroma que se localiza en el interior de una arteria coronaria produciendo así una obstrucción y como consecuencia impidiendo el flujo sanguíneo.

Debido a su riesgo y peligrosidad, el infarto agudo de miocardio se considera una emergencia médica.

El infarto se caracteriza principalmente por producir un daño a nivel tisular obstruyendo las arterias coronarias que son los vasos sanguíneos que suministran sangre rica en oxígeno y otros nutrientes al corazón.

Esta lesión se produce en las paredes de las arterias, por la acumulación de moléculas lipoproteínas.

Los síntomas que presentan estos pacientes son: disnea, debilidad, dolor torácico y sudoración.

Los profesionales de enfermería son un pilar fundamental para el cuidado de los pacientes cardiológicos.

Realizarán una valoración adecuada del paciente coronario, así como la implantación de cuidados, estos deben de ser integrales.

Las principales complicaciones que se pueden presentar en los pacientes que sufren un infarto agudo de miocardio son: eléctricas, mecánicas y hemodinámicas.

2 Objetivos

Conocer e identificar cual es el plan de cuidados adecuado para tratar a los pacientes que presentan infarto agudo de miocardio.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo de investigación se ha llevado a cabo una consistente revisión bibliográfica utilizando las bases de datos más importantes: Pubmed, Scielo, Medline, Google scholar, Ocronos.

También se han consultado las principales bases de datos existentes de ciencia de la salud y la literatura en referencia con el infarto agudo de miocardio.

4 Resultados

El objetivo principal que se establece con los pacientes que sufren un infarto agudo de miocardio se centra en el restablecimiento precoz y la permeabilidad de aquella arteria que se encuentra obstruida, ya sea con medicamentos o con intervención quirúrgica.

Será importante detectar las posibles complicaciones para poder tratarlas y prevenirlas anticipándonos en cada momento.

El personal de enfermería se encargará de:

-Monitorización: será importante monitorizar cuanto antes al paciente ya que las arritmias más graves se producen al principio.

Se colocará el DESA para desfibrilar cuando sea necesario.

-Vía venosa: Se colocarán al paciente siempre que sea posible dos vías, para poder extraer las muestras para laboratorio e introducir la medicación que se requiere en ese momento como es el trombolítico y la heparina.

Se colocará el electrocardiograma con las 15 derivaciones

Si es preciso se administra oxigenoterapia.

Los principales medicamentos que se suministran ante un infarto agudo de miocardio son:

Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, este tipo de medicamentos se administran para poder controlar la tensión arterial. El mecanismo de acción consiste en reducir los niveles que existe de líquido circulante y poder ampliar el calibre de las arterias.

Se debe de valorar la función renal de los pacientes para ajustar la dosis de medicación.

-Antiagregantes plaquetarios y anticoagulantes: Estos medicamentos se administran para prevenir que se formen trombos o coágulos. Actúan directamente sobre las plaquetas de las células sanguíneas que intervienen en la coagulación.

-Beta-bloqueantes: Esta medicación protege al corazón después de que se haya producido un infarto, el efecto que tiene es relajar la musculatura cardíaca y reducir de una manera considerable la tensión arterial.

-Estatinas: se utilizan para poder reducir los niveles de colesterol circulante en la sangre. Se utiliza de manera preventiva para evitar que se pueda volver a producir otro infarto.

5 Discusión-Conclusión

Según las estadísticas el pasado año 2022 hubo un total de 13.505 muertes por infarto agudo de miocardio en España.

Existen algunos factores de riesgo que pueden desencadenar que se produzca un infarto agudo de miocardio, estos pueden ser:

-Consumo de tabaco

-Hipertensión arterial

-Sedentarismo

-Sobrepeso y obesidad.

-Niveles elevados de colesterol

-Edad y sexo

- Antecedentes familiares
- Consumo de drogas
- Diabetes
- Dieta no saludable
- Consumo de alcohol

Para reducir de manera considerable el riesgo de que un paciente pueda sufrir un infarto agudo de miocardio, se deberán de establecer cambios en su estilo de vida, adaptándolo a las necesidades de cada paciente.

6 Bibliografía

<https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/guia-infarto-agudo-miocardio/causas-factores-riesgo-enfermedad-prevencion>
<https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/guia-infarto-agudo-miocardio/trata/principales-medicamentos-utilizados-tratamiento-iam>
<http://congresovirtual.enfermeriadeurgencias.com/wp-content/uploads/>
<https://revistamedica.com/infarto-agudo-miocardio-iam-cateterismo/>
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000195.htm>

Capítulo 128

ASPECTOS ÉTICOS Y DEONTOLÓGICOS DE LA EUTANASIA

JENNIFER MENÉNDEZ RODRÍGUEZ

CARLA SUAREZ MONTOTO

MIRIAN VELAZQUEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

En nuestra sociedad hay muchos temas tabú suponiendo así un debate bioético. Actualmente, el más sonado, tanto a nivel sanitario como civil, es aquel relacionado con el alargamiento o cesión de la vida cuando no haya marcha atrás, la Eutanasia.

La Real Academia Española define Eutanasia como “Acción y omisión que, para evitar sufrimientos a los pacientes desahuciados, acelera su muerte con su consentimiento o sin él”. Sin embargo, en la edición publicada en el año 2013, la RAE modificó la definición de esta, siendo desde entonces: “Uso de procedimientos que, aplicados por personal médico a pacientes desahuciados, anticipan o provocan su muerte para evitarles sufrimientos externos”.

En la extensión de este trabajo se definen no solo los todos los tipos de Eutanasia, sino también la diferencia entre el concepto de Eutanasia y Suicidio Asistido; siendo de alta relevancia conocerla y cómo está regulada tanto a nivel nacional como europeo.

La autonomía del paciente no puede, ni debe, ser la razón principal por la que se pudiera aplicar la Eutanasia o suicidio asistido, tiene que cumplir una serie de criterios.

Se da importancia al debate ético y moral que supone para el personal sanitario, y los argumentos a favor y en contra que podemos encontrar; ya que, el miedo a morir es natural, y a consecuencia, deberíamos estar preparados para afrontarla.

2 Objetivos

- Definir la eutanasia y la implicación del personal médico y de enfermería en el proceso.
- Identificar el dilema ético y moral que supone la regulación de la Eutanasia.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha hecho una revisión sistemática de artículos y revistas científicas cuya metodología es cualitativa y descriptiva.

Las bases de datos consultadas han sido: Scielo, Google académico y Pubmed (Medline), entre otros, sin restricción de fecha y con un filtro establecido en el idioma, con búsqueda en Español e Inglés.

Además, se han consultado otras fuentes de información de medios de comunicación como periódicos o revistas digitales. Finalmente, para completar alguna parte del trabajo se han consultado algunas fuentes electrónicas que se han considerado de interés.

4 Resultados

Durante la Primera Guerra Mundial, fue permisivo que los médicos acabaran con la vida de los enfermos mentales en Alemania, de manera más bien piadosa, para aliviar su sufrimiento. Sin embargo, hasta la Segunda Guerra Mundial, por influencias políticas, médicas y culturales, entre otras, la práctica de la Eutanasia era llevada a cabo sin el consentimiento del paciente.

Tras dichos acontecimientos y a día de hoy, la eutanasia pasó a ser responsabilidad de los enfermos terminales y/o profesionales a su cargo, según el país del que hablemos; ya que en muchos se considera delito según su marco legislativo. Existen diferentes tipos de eutanasia teniendo en cuenta criterios como el punto de vista del paciente, el autor de la acción y la actitud con la que se produce:

☒ Desde el punto de vista del paciente:

- Voluntaria: la decisión es tomada por el paciente directamente o por terceras personas, obediendo los deseos expresados por el paciente con anterioridad.

- No voluntaria: la decisión es tomada por un tercero, sin que sea posible conocer la decisión del enfermo, debido a que este no tiene la capacidad para elegir.
- Involuntaria: la decisión es tomada por un tercero, sin solicitar previamente el consentimiento de un pariente capaz de expresar su elección o en contra de su voluntad.

☒ Dependiendo del autor de la acción:

- Autónoma: aquella en la que la persona se provoca la muerte así misma, sin intervención de terceras personas; lo conocido como suicidio.
- Heterónoma: en esta existe participación de otras personas las cuales ayudan a la provocación de la muerte.

☒ Desde la actitud con la que se produce

- Solutiva: consiste en facilitar auxilio en la fase de la muerte, moderando el sufrimiento, administrando calmantes que no incidan en la duración de este proceso. Engloba todas aquellas conductas que tienden a aliviar el sufrimiento tanto físico como mental del sujeto.

• Resolutiva: al contrario del tipo solutiva, esta sí incide en la duración del proceso final, reduciéndolo o suprimiéndolo según el interés del enfermo. A su vez se clasifica en:

- Eutanasia directa: aquella en la que la muerte se provoca directamente como consecuencia de una acción. Esta categoría tiene dos finalidades: Activa (provocación de la muerte indolora a petición del enfermo que se produce mediante acciones con el fin de acortar o suprimir el curso vital; por ejemplo, con una sobredosis de epinefrina) o pasiva (Abandono del tratamiento o la no intervención en el proceso hacia la muerte. Es dejar morir, calificándolo a su vez en “Abstención terapéutica”(no iniciar el tratamiento) y la “Suspensión terapéutica” (abandonar el tratamiento inicial).

- Eutanasia indirecta: la muerte se produce indirectamente, como por ejemplo, mediante la administración de una medicina (como opiáceos), que como consecuencia de su dosis y efectos colaterales produzca la muerte.

Como concepto general de Eutanasia, esta engloba todas aquellas técnicas que se aplican de forma voluntaria y con el consentimiento del paciente para acelerar la muerte de este en caso de padecer una enfermedad incurable o terminal. Es el equipo médico el encargado de suministrar a paciente los medicamentos que provocan su muerte; siempre que el médico dispensado sea legal.

Derivando así de la propia Eutanasia, aunque dando un paso más allá, tenemos el concepto de Suicidio asistido; que a diferencia de la anterior, en este caso es el propio paciente quien termina con su vida, como su nombre indica; además de, estar supervisado en todo momento por el personal médico, de ahí que sea

asistido.

5 Discusión-Conclusión

Tras el desarrollo de los conceptos citados, la legalización bajo la que se regula y los argumentos por lo que se crea un continuo debate, podemos sacar como referencias la diversidad de opiniones, habiendo siempre dos bandos diferenciados, pero lo que las une es que independientemente de nuestras creencias, estamos preparados para huir de la muerte, pero morir es parte de la vida.

La despenalización de la Eutanasia o suicidio asistido supone la liberación mental de aquellas personas que están sufriendo en silencio, en su hogar, viéndose físicamente dependientes de sus familiares, sintiéndose una carga, y que por desesperación recurren a la clandestinidad para conseguir medicamentos que acaben con su padecimiento.

Hay que tener en cuenta tanto una visión desde el campo de la Enfermería como de la Medicina, como la del propio paciente. Es necesario empatizar, comunicarse y ver a través de sus ojos la situación que está viviendo y cómo la enfrenta.

6 Bibliografía

- 1.Medicoplus[Internet].Barcelona: Pol Bertran Prieto [2023, consultado el 9 de Octubre de 2023].
- 2.Real Academia Española [Internet]. Comunidad de Madrid, [consultado el 5 de Octubre de 2023].
- 3.Cornejo Sánchez C, Fernández Prieto P, Gómez Fernández P, García García M, Losada García A, Del Castillo Arévalo F. Las enfermeras comunitarias ante el derecho a morir dignamente. RqR Enfermería Comunitaria (Revista SEAPA). 2014 Nov; 2 (4): 6-20.
- 4.Derecho a morir dignamente [Internet]. Comunidad de Madrid, [consultado el 11 de Octubre de 2023].

Capítulo 129

ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE REACCIONES ANAFILÁCTICAS EN NIÑOS.

GERMÁN APARICIO SAN JOSÉ

JOSÉ ANTONIO ARANDA CRUZ

CARMEN BELEN GALVAN CABRERO

ROCIO LOPEZ CALERO

VIRGINIA OÑATE ZAMORA

1 Introducción

La reacción anafiláctica es definida por la Academia Europea de Alergia e Inmunología Clínica (EAACI) como una reacción alérgica grave, de instauración rápida y potencialmente mortal. Tras lo anteriormente expuesto, se puede decir que la anafilaxia es una reacción sistémica que aparece bruscamente debido al contacto del organismo con un alérgeno, provocando una cadena de mecanismos inflamatorios en el huésped, pudiendo llegar a provocar la muerte del mismo.

Los signos y síntomas afectarán paralelamente a varios órganos y sistemas, dándole mayor peligrosidad a la situación. Entre ellos podemos encontrar: exantema, urticaria o angioedema; rinorrea, broncoespasmo, edema laríngeo o sibilancias; dolor abdominal, diarrea o vómitos; taquicardia o hipotensión con pérdida de conocimiento.

En los niños, el periodo de edad comprendido entre los 6 meses y 12 años es en el que más cambios experimentan y más alimentación introducen en su dieta. A veces, y sin querer, todos esos cambios no son bien aceptados por el organismo, ya que su sistema inmune sigue estando muy poco desarrollado, lo que hace que se observe con mayor frecuencia reacciones anafilácticas en este rango de edad. Así, la mayoría de las reacciones anafilácticas en niños se suelen producir entre 5 – 30 minutos tras estar expuesto al alérgeno en caso de alimentos, o, puede extenderse a hasta varias horas o días si el alérgeno es iniciado por el ejercicio físico.

2 Objetivos

El objetivo principal de dicha revisión está centrado en conocer y manejar los cuidados de enfermería que se deben llevar a cabo en situaciones de reacciones anafilácticas 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 procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Cuando un niño está experimentando una reacción anafiláctica, se deben reconocer los signos y síntomas inmediatamente para comenzar a actuar cuanto antes para evitar que se produzca la muerte del pequeño.

Una vez reconocida la reacción, se dará la voz de alarma para que todo el personal sanitario esté en conocimiento de la situación de urgencia ante la que se está y se comience a actuar. Primeramente, se tumbará al niño en la camilla en ligera posición de sedestación, semiincorporado para favorecer la entrada de oxígeno. Mientras el facultativo médico revalora al niño, una de las enfermeras deberá comenzar con la monitorización del paciente colocando primeramente el pulxiosímetro y el manguito de la tensión arterial, ya que el oxígeno, la frecuencia

cardíaca y la tensión arterial son los valores que más pueden ayudar a la hora de tomar decisiones en la actuación de urgencias pediátricas.

Una vez monitorizado, una de las enfermeras se encargará de la vía aérea y pondrá oxigenoterapia al paciente con Ventimask a alto flujo 15 L y 50% para mantener buenas saturaciones, en torno a 94-96% y proporcionar mayor confort al paciente.

Simultáneamente, otra de las enfermeras, se encargará de la canalización de la vía venosa periférica. Si el niño llega a urgencias con UVI móvil o se encuentra hospitalizado, este portará vía venosa periférica, por lo que, si el acceso venoso es bueno, se deberá canalizar una nueva vía venosa para mantener siempre 2 vías permeables. Si tras varios intentos es imposible la canalización periférica de acceso venoso, se deberá colocar una vía intraósea.

Por otro lado, y una vez evaluado el niño por parte del facultativo médico, se deberá preparar y administrar toda la medicación que vayan pautando oralmente, así, en un primer momento se administrará adrenalina IM 0,01 ml/kg, en la cara anterolateral del muslo, pudiendo repetir la misma dosis cada 5 – 15 min hasta un máximo de 0,5 mg (Primera línea de actuación).

Llegados a la dosis máxima de adrenalina IM, si no se observa mejoría, se deberá revalorar nuevamente al paciente mediante el ABCDE. Si se observa inestabilidad hemodinámica, se administrará Suero Salino Fisiológico 0,9%, 20 ml/kg a pasar en 10 minutos, repitiendo dosis hasta estabilización hemodinámica. Además, pausarán la administración de Salbutamol 0,15 mg/kg cada 10 – 20 min, hasta un máximo de 5 mg; Hidrocortisona IV 10-15 mg/kg (máximo 500 mg) o metilprednisolona IV 1-2 mg/kg (máximo 60 mg) (Segunda línea de actuación).

Por último, si tras lo anteriormente expuesto, se revalúa y no se observa mejoría, se intubará orotraquealmente y se comenzará con una perfusión de adrenalina IV de 0,1 - 1 µg/kg/minuto, trasladando al niño a la UCIP (Tercera línea de actuación).

Durante el transcurso de lo anteriormente descrito, puede en cualquier momento observarse mejoría del paciente que cortará, en ese mismo instante, la escalera de algoritmo seguido hasta entonces. Una vez ocurra esto, se deberá dejar en observación al niño durante 4 – 8 horas por si volviera a repetirse la reacción. Transcurrido ese tiempo, se dará el alta al niño con recomendaciones y citaciones para pruebas de alergias.

5 Discusión-Conclusión

Durante situaciones de estrés como las vividas en emergencias pediátricas, es muy importante conocer los roles de cada uno de los profesionales sanitarios

implicados en dicha situación y mantener la calma para que el trabajo vaya fluido. La rápida administración de adrenalina intramuscular en reacciones anafilácticas es un factor de buen pronóstico para la salvación del niño. Es fundamental la anotación de todo lo que se realiza al paciente, así como toda la medicación y dosis que se administra para que quede reflejado en las hojas de enfermería y, ayude a valorar, a posteriori, la gravedad de la reacción anafiláctica ocurrida. Tras el episodio se debe realizar el seguimiento del niño para evaluar el tipo y cantidad de alergias que tiene, previniendo nuevas reacciones futuras. Por último, se debe recordar que, las reacciones anafilácticas son una emergencia médica que debe ser atendida inmediatamente.

6 Bibliografía

1. Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC). Declaración Pública sobre la Alergia a los alimentos y la Anafilaxia [Internet]. Academia Europea de Alergia e Inmunología Clínica (EAACI). [citado el 27 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.aepnaa.org/recursos/aepnaa/pdf/Declaracion-Publica-EAACI.pdf>.
2. Juliá JC, Álvarez F. Anafilaxia en Pediatría. Asociación Española de Pediatría (AEP). [Internet]. 2019 [citado el 27 de enero de 2023];2:363-80. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/25_anafilaxia.pdf.
3. Juliá JC, Sánchez CA, Alvarado MI, Álvarez F, Arroabarren E, et al. Manual de anafilaxia pediátrica. [Internet]. Aeped. 2017 [citado el 28 de enero de 2023]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/map2017_7.pdf.
4. Juliá JC, Guerra MT. Anafilaxia en el niño y adolescente [Internet]. AEPAP. 2018 [citado el 28 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/anafilaxia-final.pdf>.
5. Olabarri M. Protocolos Diagnósticos y Terapéuticos en Urgencias de Pediatría. Anafilaxia en Urgencias [Internet]. SEUP. 2019 [citado el 29 de enero de 2023]; (3) Disponible en: https://seup.org/pdf_public/pub/protocolos/7_Anafilaxia.pdf.

Capítulo 130

ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS DE UNA TRACCIÓN DE PARTES BLANDAS.

GERMÁN APARICIO SAN JOSÉ

JOSÉ ANTONIO ARANDA CRUZ

CARMEN BELEN GALVAN CABRERO

ROCIO LOPEZ CALERO

VIRGINIA OÑATE ZAMORA

1 Introducción

Una de cada tres personas de más de 75 años y el 50% de los que tienen más de 80 años, en base a su edad sufren una caída en los 365 días que tiene el año, provocando normalmente la rotura del fémur, de la cadera en la parte proximal con la cadera.

Al hablar de rotura de cadera nos centramos en el hecho de que pueden existir tres tipos de rotura en la articulación de la cadera en base a la frecuencia y al hecho de la osteoporosis, ya que con la edad surge la fragilidad de los huesos y, por tanto, también la de la cadera como parte de todo el esqueleto humano. Esto va a permitir y provocar que existe inestabilidad y pueda dar lugar a la caída con el traumatismo del hueso del fémur.

La solución sanitaria a las fracturas de cadera es la cirugía por parte de la especialidad de traumatología, ya que es la única manera en que los pacientes que la sufren puedan volver a caminar y ser independientes.

En el sistema sanitario actual, la comorbilidad de los pacientes mayores de 75 años que se someten a dicha intervención ven multiplicado por seis el riesgo frente al resto de la población. Existe un alto porcentaje de estos pacientes que son mujeres las cuales se ven más afectadas, ya que a este sexo le afecta más la mencionada osteoporosis. Normalmente, los pacientes tienen que permanecer unos días con tracciones e inmovilizados antes de ser intervenidos para cambiar su hueso fracturado por una prótesis.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer los cuidados de enfermería de una tracción de partes blandas.

3 Metodología

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

4 Resultados

Esta técnica de traccionar consiste en lograr una alienación perfecta de la extremidad superior o inferior que se ha fracturado. Normalmente, se realiza antes de la cirugía, aunque en algunos casos el servicio de traumatología lo suele pautar a posteriori de la intervención quirúrgica.

Este tipo de cuidados que derivan en la enfermería consiguen que la extremidad quede inmovilizada de tal manera que se evita que el paciente sienta dolor, de tal manera que va a favorecer una tención de calidad y el confort del propio paciente. Esto exige una serie de cuidados y de materiales a utilizar por parte de la enfermería.

Entre ellos se encuentran:

- Gel hidroalcohólico.

- Guantes no estériles
- Equipos de protección individual como parches para evitar roces y úlceras por presión.
- Sistemas de pesas y poleas que van a traccionar el miembro afectado.
- Férula de Braun: se trata de una férula metálica, rígida, no regulable, que logra que la extremidad se mantenga en posición elevada y de forma funcional.
- Esponja y agua para realizar la higiene de la zona antes de colocar la tracción.

El proceso para colocar la tracción conlleva, como en cualquier técnica, la preparación de todo el material y el lavado de manos. Se debe explicar al paciente lo que se va a realizar pese a que el facultativo se lo haya comunicado. En todo momento, se debe preservar la intimidad del paciente para poder favorecer el confort del mismo.

La posición que va a mantener el paciente será la de decúbito supino, por ello se debe proteger y cuidar la parte sacra del paciente para evitar las úlceras por presión. La cama se pondrá en posición plana y apoyaremos al facultativo durante todo el proceso de colocación de la tracción. Se va a colocar a ambos lados de la tracción vendas o algodón que impida roces y heridas, al igual que se va a permitir que el miembro se mantenga en su posición funcional, ya que favorece la rehabilitación posterior.

A la hora de colocar la venda, esta se coloca de tal manera que va a permitir el retorno venoso. Todo este procedimiento debe registrarse en la historia del paciente y debe existir una valoración cada tres o cuatro horas del color de la extremidad y del pulso distal de la misma. La tracción va a colgar, por ello se comprueba que exista color y pulso, ya que hay que impedir que no exista retorno venoso. A la hora de los cuidados de enfermería, todo queda establecido en el plan de cuidados individualizado del paciente.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, el hecho de colocar las tracciones favorece la recuperación del paciente de forma más eficaz. Los cuidados que ofrece la enfermería se llevan a cabo en conjunto con el médico en su colocación, pero debe ser capaz de mantener la tracción y una serie de cuidados a los pacientes que las llevan para evitar cualquier tipo de complicaciones y sobre todo el dolor que se siente ante una fractura ósea.

Por lo tanto, la atención que se presta debe ser integral, individualizada, continua con base en el plan de cuidados que se ha gestado para el paciente. Para ello, se

debe de prestar la formación adecuada y continua a este personal sanitario de enfermería.

6 Bibliografía

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

Capítulo 131

ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS DE LOS PACIENTES CON IDEAS AUTOLÍTICAS

GERMÁN APARICIO SAN JOSÉ

JOSÉ ANTONIO ARANDA CRUZ

CARMEN BELEN GALVAN CABRERO

ROCIO LOPEZ CALERO

VIRGINIA OÑATE ZAMORA

1 Introducción

En los últimos años, y sobre todo a raíz de la pandemia del coronavirus, se ha visto incrementado la incidencia, en la sociedad, de las ideas autolíticas y la salud mental se ve desbordada por este hecho. Poco a poco vemos como se está convirtiendo en un problema de salud pública. El facultativo formado en la especialidad de psiquiatría junto al personal sanitario de enfermería en salud mental debe formarse en este ámbito para poder velar por la seguridad del paciente y ser capaz de detectar signos de alarma sobre posibles intentos autolíticos.

El suicidio logrado va a provocar en las personas y en la sociedad en general un sentimiento de sufrimiento que se extiende a todos los sectores sociales. Se lucha por la prevención del suicidio, pero se ha visto que no es algo sencillo por el conjunto de factores en los que se ve envuelta la salud mental y el ser humano

como ente complejo. Se trata de colaborar y generar equipo multidisciplinar entre la salud mental y el trabajo social.

En el análisis de varios estudios, vemos que se deben generar estrategias integrales y continuadas para poder atender a las mujeres que suelen ser el sexo más afectado por estas ideas. La figura de la enfermera es crucial para poder detectar estas ideas en los pacientes y poder generar opciones de apoyo y líneas de acción e intervención.

2 Objetivos

El principal objetivo de este capítulo:

- Analizar el papel que toma el personal enfermero en la intervención de un paciente con conducta autolítica.

Como objetivo secundario:

- Evidenciar los métodos de formación de la enfermería para atender este tipo de pacientes y situaciones.

3 Metodología

Para la realización de este documento se ha realizado una revisión bibliográfica acerca del papel enfermero en la intervención de paciente con conducta suicida, empleando como motor de búsqueda Google Académico. Se han consultado distintas fuentes como páginas web, revistas y bases de datos sanitarias, como PubMed, Medline y Scielo.

4 Resultados

El personal de enfermería ejerce un papel primordial y elemental en la capacidad para detectar de forma precoz las ideas autolíticas de las personas a las que se atiende dentro del sistema sanitario. Las verbalizaciones sobre la muerte de forma clara o imprecisa deben ser tenidas en cuenta siempre que se las escuchamos a una persona para poder terminar de evaluar si realmente se trata de intentos autolíticos o de simples llamadas de atención.

Los miembros del equipo multidisciplinar de los que forma parte la enfermera se van a reunir para analizar cada caso y poder desarrollar un plan individualizado de rehabilitación para cada uno de los pacientes que manifiestan estos síntomas.

Los protocolos van a desarrollar una serie de cuidados propios de la salud mental y de prevención del suicidio para tratar a las personas que acuden al sistema sanitario, sea por la vía de la urgencia o de forma programada, junto a una ayuda a las familias y a su entorno más cercano para prevenir las autolesiones.

Se debe tener en cuenta:

- Toda verbalización de suicidio es importante.
- Generar acciones seguras que impidan que el paciente se autolesione con los objetos cercanos, al igual que evitar que posea aquellos que son potencialmente peligrosos.
- Frente al riesgo de autolesión se debe vigilar al paciente siempre incluso cuando acude el baño y acostado, siempre respetando su intimidad.
- Supervisión directa o indirecta de la medicación que ingiere.
- Informar y explicar a la persona que se atiende de las medidas tomadas con base en su bienestar.
- Contener los intentos autolíticos de la persona. Por ello se genera para cada uno de los pacientes ingresados un plan individualizado de protección ante el suicidio que debe seguirse de forma constante.
- Ser capaz de detectar los cambios de actitud de los pacientes en su día a día, ya que nos pueden dar señales de riesgo de cambio de actitud ante las ideas de autolesión.

El seguimiento del comportamiento de los usuarios de la salud mental con ideas autolíticas es primordial para detectar los cambios, ya sean para mejor o para seguir interviniendo para mejorar.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se confirma que una de las causas más normalizadas para asistir a las consultas de salud mental por la vía de las urgencias son las ideas autolíticas en las que la enfermería debe atender a los pacientes con un índice elevado de suicidio.

Para ello, es necesario saber reconocer estos casos desde un plan de formación que nos facilite aprender a reconocer estas señales y que pueda dar alternativas y un seguimiento a los pacientes para poder hacer frente a la realidad que les empuja al suicidio.

Es primordial, que el paciente sienta la protección adecuada para poder generar lazos de comunicación de tal manera que las intervenciones sean efectivas.

Las ideas de suicidio entre la población van en aumento, por ello deben generarse protocolos para su intervención y cuidados.

6 Bibliografía

1. Barroso Torres, S. Manejo enfermero del paciente con ideas suicidas en el ámbito extrahospitalario. Revista Enfermería (2019).
2. Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. Scielo. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-7632201800400014 2018.
3. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/prevencion-y-cuidados-enfermeria-en-pacientes-con-ideas-autoliticas/>.
4. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/30386/TFGH1183.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Capítulo 132

ABORDAJE NO FARMACOLÓGICO DEL SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO Y SU IMPORTANCIA DURANTE LA GESTACIÓN

JORGE PÉREZ PÉREZ

LUCÍA MORENO BRIONES

ALBERTO MARTÍNEZ GARRIDO

1 Introducción

En 1935, Irving Freiler Stein y Michael Leventhal, ginecólogos especializados en el estudio de la infertilidad, proporcionaron la primera descripción documentada del síndrome del ovario poliquístico. Mediante un análisis de siete pacientes, identificaron una recurrencia de signos y síntomas como amenorrea, obesidad y hirsutismo en mujeres con quistes en los ovarios. Avanzando hasta 1990, un equipo de expertos respaldados por el Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano (NICHD) estableció tres criterios cruciales para el diagnóstico: trastornos menstruales, niveles elevados de andrógenos en suero y la exclusión de otras patologías con sintomatología similar mediante evaluaciones objetivas (1).

El síndrome de ovario poliquístico (SOP) se configura como uno de los trastornos endocrinos preponderantes en el espectro femenino. Constituye una condición

clínica de naturaleza compleja, que, a pesar del vertiginoso progreso en su investigación, subsiste como un desafío cardinal para la comunidad científica, profesionales médicos, prestadores de atención médica e instancias reguladoras en el ámbito de la salud pública. Las mujeres afectadas por el SOP exhiben una tendencia hacia la magnificación de los ovarios, caracterizada por un estroma de excesiva hipertrofia. Esta cohorte de individuos, aun presentando un notable cúmulo de folículos, experimenta una inhibición en la ovulación como consecuencia de un desarrollo inadecuado y la atresia de los folículos. Las expresiones clínicas manifestadas en esta patología engloban una amplia gama de desórdenes, abarcando irregularidades en el ciclo menstrual, manifestaciones clínicas indicativas de hiperandrogenismo, adiposidad excesiva e infertilidad, así como alopecia, acné, resistencia a la insulina que conduce a la diabetes tipo II, trastornos lipídicos, inflamación sistémica, estrés oxidativo y secuelas de largo alcance (2). La hiperinsulinemia incita a los ovarios hacia una intensificación en la segregación de andrógenos, concomitantemente ejerciendo un impacto inhibitorio sobre la síntesis hepática de la globulina transportadora de hormonas sexuales (SHBG). En virtud de esta dinámica, la resistencia a la insulina puede incursionar en los procesos ovulatorios, elevando, por ende, la susceptibilidad a la infertilidad (3,4).

En primer plano, destaca la infertilidad como una inquietud primordial en el contexto de las mujeres aquejadas por el síndrome de ovario poliquístico, cuyas implicancias abarcan la inhabilidad para llevar a cabo la concepción (5). Sin embargo, emerge una recomendación sustancial: la alteración dirigida del estilo de vida, que involucra modificaciones en la actividad física y la pauta alimentaria, se perfila como el abordaje terapéutico de elección para el contingente femenino afectado por el síndrome de ovario poliquístico. Esta indicación se fundamenta en la capacidad intrínseca de los elementos que gobiernan el estilo de vida para mermar la resistencia insulínica, generando así mejoras en la esfera metabólica y la competencia reproductiva. La literatura científica alberga una serie de investigaciones que corroboran de manera consistente que la pérdida de peso posee la aptitud de restaurar la regularidad en el ritmo menstrual y la ocurrencia de la ovulación en el subconjunto de mujeres que enfrentan el síndrome de ovario poliquístico. Esta propiedad transforma la pérdida de peso en un factor de marcada relevancia a la hora de delinear las estrategias de gestión de la función reproductiva (6-8).

En el abordaje terapéutico del síndrome de ovario poliquístico, la metformina prevalece como la intervención metabólica de referencia (9, 10). No obstante,

es importante destacar que la metformina puede desencadenar efectos adversos gastrointestinales que abarcan desde manifestaciones leves hasta severas, incluyendo náuseas, diarrea, vómitos y flatulencias (11). Por consiguiente, la búsqueda de una alternativa terapéutica que exhiba una carga reducida de efectos secundarios se torna imperativa en el manejo de esta población de pacientes. En los últimos períodos, diversas investigaciones han dirigido su atención hacia los posibles efectos de la suplementación con inositol, dando lugar a la noción de que los inositales poseen la capacidad de constituir alternativas prometedoras a la metformina en el contexto del tratamiento del síndrome de ovario poliquístico (12-13). Por otro lado, la tendencia hacia la reanudación de la interacción con entornos naturales y la incorporación de sustancias psicoactivas derivadas de fuentes vegetales y naturales emerge concomitantemente al dilema que afronta la sociedad contemporánea. En este dilema, la promoción predominante de compuestos químicos de origen sintético como agentes terapéuticos ha suscitado la aparición de efectos adversos y complejidades inherentes a dichos fármacos. A través de investigaciones empíricas, se ha corroborado la efectividad y seguridad de diversas modalidades de terapias complementarias en la esfera médica. Entre estas modalidades, las fitoterapias destacan, demostrando su utilidad en la mitigación de ciertas patologías como es el SOP (14).

2 Objetivos

- Analizar el papel dietético en el manejo del síndrome de ovario poliquístico y como éste afecta en la salud reproductiva de la mujer.
- Resaltar la relevancia que juega el ejercicio como método de abordaje en el síndrome de ovario poliquístico.
- Describir cómo se aborda el síndrome de ovario poliquístico durante el embarazo y puerperio.

3 Metodología

El presente trabajo ha seguido un diseño de revisión bibliográfica narrativa con el objetivo de analizar la información e investigación existente respecto al abordaje no farmacológico del síndrome de ovario poliquístico.

Para su consecución se fijaron diferentes fases de desarrollo. En la primera etapa se empezó con una búsqueda inicial con la finalidad de conocer los antecedentes y la delimitación del tema de estudio. En esta fase preliminar se consultaron varias

bases de datos como PubMed, SciELO y Dialnet, además, también se incorporó el buscador Google Scholar. En la segunda fase se decidió ampliar la búsqueda anterior a través de los portales digitales de organismos oficiales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Una vez iniciada la tercera fase del trabajo, se llevó a cabo la redacción del documento.

Los criterios de inclusión utilizados en la presente revisión bibliográfica son los siguientes: 1) documentos científicos que abordasen directamente el objetivo de estudio; 2) material disponible con texto completo; 3) escritos preferentemente redactados en inglés al ser el más utilizado en las publicaciones científicas, y español al tratarse el idioma de presentación; 4) textos publicados entre los años 2015-2023.

Los criterios de exclusión aplicados en la presente revisión bibliográfica son los siguientes: 1) artículos que considerasen el tema de estudio desde una perspectiva diferente (perspectiva más médica); 2) artículos sin acceso a texto completo; 3) documentos redactados en idiomas distintos al español o inglés; 4) artículos publicados con anterioridad a los límites establecidos.

Para finalizar la estrategia, se amplió la búsqueda de literatura científica a partir de la técnica de “bola de nieve”. A través de ella se revisaron las referencias bibliográficas citadas en los artículos consultados siempre y cuando fueran acordes con los criterios de inclusión y exclusión del presente trabajo. A su vez, también se realizó una revisión de los artículos científicos nombrados en PubMed bajo la categoría de “Similar Articles” y “Cited By” con la finalidad de encontrar artículos relacionados con el objeto de estudio.

Se recogieron un total de 21 investigaciones científicas de los cuales, 22 son artículos científicos, y todas ellas son en inglés excepto 1.

4 Resultados

El síndrome de ovario poliquístico (SOP) presenta una diversidad de enfoques terapéuticos en virtud de la variabilidad en su expresión clínica. Inicialmente, se proponen modificaciones en el estilo de vida, englobando el aumento de la actividad física y la adopción de una alimentación apropiada. Estos ajustes no solo conllevan a la reducción ponderal, la disminución de la resistencia a la insulina, la atenuación de la incidencia de diabetes mellitus tipo 2 y la disminución

del hiperandrogenismo, sino que además inciden favorablemente en la restauración de la regularidad menstrual y la mejora de la fertilidad en las mujeres afectadas. En situaciones en las que no se persigue la concepción, las modalidades terapéuticas principales abarcan la administración de agentes anticonceptivos orales, progesterona y metformina. En los casos en los que se busca alcanzar el embarazo y la reducción de peso no promueve la ovulación, es factible inducir la menstruación mediante el empleo de citrato de clomifeno con o sin metformina, inhibidores de la aromatasa, gonadotropinas y en ocasiones, la perforación ovárica. Ante la eventualidad de que ninguno de los enfoques previos culmine en el logro del embarazo, se aconseja a la paciente recurrir a la técnica de fertilización in vitro (FIV) (15).

En términos generales, la pauta dietética, que aparenta conferir beneficios en el perfil clínico y de análisis del síndrome, se compone de frutas y hortalizas con índice glucémico bajo o moderado, regularmente acompañadas de productos lácteos desnatados y libres de almidón en porciones modestas. Adicionalmente, se incluye la ingesta de pescado enriquecido con ácidos grasos omega-3, así como porciones limitadas de carnes magras, tanto rojas como avícolas, fuentes suplementarias de ácidos grasos, leguminosas, productos derivados de granos enteros y una ingestión controlada de alcohol (16). De forma más específica, en 2017 Szczuko y colegas estudiaron el efecto de una dieta de tres meses en 24 mujeres con síndrome de ovario poliquístico (SOP) en Polonia. La dieta consistía en carbohidratos de bajo índice glucémico (avena, arroz integral, etc.), proteínas magras (carne, pescado, lácteos) y grasas saludables (aceites, nueces, pescado). Los resultados no mostraron diferencias significativas entre los fenotipos de SOP. La dieta influyó en mediadores inflamatorios, pero la duración puede haber sido insuficiente para reducir completamente las respuestas inflamatorias (17). Posteriormente en 2019, Barrea y colaboradores realizaron un estudio en Italia para evaluar la relación entre el síndrome de ovario poliquístico (SOP) y la adherencia a la dieta mediterránea. Participaron 112 mujeres con SOP y 112 en un grupo control que seguía esta dieta entre 2014 y 2019. Se encontró que las mujeres con SOP tenían un consumo inferior de componentes clave de la dieta mediterránea, como aceite de oliva virgen, legumbres, pescado y frutos secos. También mostraron patrones de ingesta diferente, incluyendo menor consumo de carbohidratos complejos, fibra y ácidos grasos insaturados, junto con mayor ingesta de carbohidratos simples, grasas totales y ácidos grasos saturados. Este estudio sugiere que la adherencia a la dieta mediterránea puede estar relacionada con perfiles corporales distintos en mujeres con SOP, caracterizados por cambios en polihidroxialcanoatos (PHA) y grasa, lo que podría tener implicaciones terapéuticas

al influir en la inflamación subyacente, resistencia a la insulina e hiperandrogenemia, aspectos cruciales del SOP (17). Seguidamente en 2020, Paoli y colaboradores llevaron a cabo un estudio en Italia para investigar los efectos de una dieta cetogénica en mujeres con síndrome de ovario poliquístico (SOP). Catorce mujeres con obesidad y SOP adoptaron una dieta mediterránea cetogénica junto con extractos de plantas durante 12 semanas. La dieta permitía el consumo ilimitado de vegetales de hojas verdes, verduras crucíferas, calabacines, pepinos y berenjenas, con restricciones en la ingesta de carne, huevos y pescado. Además, se incluyeron cuatro suplementos dietéticos y extractos de hierbas líquidos con alto contenido proteico y bajo en carbohidratos. Después de 12 semanas, se observaron mejoras significativas en diversas mediciones. Hubo reducciones notables en los niveles de insulina, colesterol y triglicéridos. Además, se observó una disminución en los niveles de andrógenos, hormona luteinizante (LH) y la relación LH/FSH, lo que resultó en la corrección de las irregularidades hormonales características del SOP (18).

En relación a la salud sexual y reproductiva la mayor parte de la literatura científica respalda que la adopción de una dieta influye positivamente en la salud de la fertilidad en mujeres con síndrome de ovario poliquístico (SOP). Existe una relación directa entre la adherencia a regímenes bajos en carbohidratos y la probabilidad aumentada de lograr la concepción y mantener ciclos menstruales regulares. Se observa que la restricción calórica desempeña un papel crucial en la mejora del hiperandrogenismo. Además, se identifica una correlación entre los efectos observados y la duración del tratamiento. En general, se concluye que la dieta constituye una intervención eficaz para elevar la fertilidad y la salud reproductiva en esta población. Sin embargo, se requieren ensayos controlados aleatorios más rigurosos y de mayor envergadura para confirmar los efectos identificados y profundizar en la exploración de patrones dietéticos óptimos (19).

En cuanto al ejercicio, a pesar de la disponibilidad de revisiones sistemáticas que abordan las intervenciones en el estilo de vida como parte del tratamiento del síndrome de ovario poliquístico, la diferenciación entre el ejercicio y la dieta es limitada en pocos estudios. A raíz de esto, a pesar de que el ejercicio representa un elemento de relevancia en la estrategia terapéutica no farmacológica destinada a mitigar los síntomas del síndrome de ovario poliquístico. En cuanto a la función reproductiva se ha descrito que el ejercicio aeróbico no presenta una ventaja en relación con los niveles de hormonas folículo estimulante y hormona luteinizante. No obstante, si se ha descrito que favorece un IMC más bajo en aquellas mujeres que realizan ejercicio aeróbico, y por lo tanto, dispondrán de

una mejor composición corporal. Por otro lado, El Entrenamiento Intercalado de Alta Intensidad (HIIT) demostró ser más eficaz que otras modalidades de intervención (como ejercicio moderado o ninguna intervención) en la disminución del Índice de Resistencia a la Homeostasis (HOMA-IR) y el Índice de Masa Corporal (IMC) en mujeres afectadas por el síndrome de ovario poliquístico (SOP), con niveles de confianza en la evidencia moderados a elevados. No obstante, no se observó una disminución estadísticamente significativa en otros parámetros evaluados. Basándonos en la capacidad del HIIT para reducir el parámetro HOMA-IR en mujeres con SOP, los mecanismos potenciales de esta respuesta podrían estar relacionados con la activación muscular inducida por el ejercicio, lo que conlleva a la translocación de los receptores GLUT-4 en la membrana celular, promoviendo la captación de glucosa plasmática hacia el tejido muscular estriado y los adipocitos, sin requerir la mediación de la insulina. En consecuencia, el compromiso en la práctica regular de ejercicios genera adaptaciones metabólicas y hormonales que contribuyen a un aumento notable en la densidad de receptores de insulina (20).

Las mujeres que presentan el síndrome de ovario poliquístico (SOP) muestran una tendencia incrementada a experimentar complicaciones durante las fases de gestación y parto. Estas complicaciones abarcan la manifestación de diabetes gestacional (DMG), hipertensión gestacional, preeclampsia, inducción del parto, procedimientos de cesárea, parto prematuro y la gestación de neonatos con un índice ponderal elevado en relación a la etapa gestacional. La conexión entre el SOP y las complicaciones que surgen durante el periodo de embarazo y parto presenta variaciones en función del fenotipo específico del SOP, la cohorte poblacional en consideración, el linaje étnico, el historial médico con relación a complicaciones metabólicas y reproductivas tanto personales como familiares, las posibles implicaciones psicológicas que puedan manifestarse durante o fuera del periodo de embarazo, y el estilo de vida adoptado por la mujer (21). Durante el embarazo, las mujeres con síndrome de ovario poliquístico (SOP) pueden seguir las pautas generales para optimizar su peso, dieta y actividad física. En relación al peso, se recomienda lograr un aumento gestacional adecuado para mejorar los resultados tanto maternos como fetales. Un estudio amplio que englobó a mujeres con y sin SOP mostró que un perfil de alto riesgo de complicaciones durante el embarazo y parto asociado con el SOP podría mitigarse mediante un estilo de vida saludable y un aumento de peso similar al de mujeres no afectadas, antes de la semana 20 de gestación. Para la dieta, se sugiere una ingesta adecuada de grupos alimenticios básicos, como granos enteros, vegetales, frutas, proteínas y lácteos, mientras se limita la ingesta de alimentos "discrecionales" ricos en azú-

cares, sal, grasas saturadas y calorías. Las recomendaciones de micronutrientes varían según el país, pero tienden a enfocarse en la suficiencia de nutrientes clave y en la suplementación de folato y yodo para reducir las complicaciones del embarazo y parto. También es crucial seguir prácticas de higiene alimentaria y evitar alimentos asociados con riesgos de toxicidad, como el metilmercurio, y enfermedades transmitidas por alimentos como listeriosis y salmonelosis. En términos de actividad física, se promueve un nivel regular de ejercicio (al menos 150 minutos de actividad aeróbica moderada por semana y ejercicios de fortalecimiento muscular adicionales), a menos que estén contraindicados debido a ciertas condiciones médicas. Consideraciones de seguridad, como temperaturas extremas, contacto físico intenso, altitudes elevadas o buceo, también deben ser tomadas en cuenta (22).

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de ovario poliquístico (SOP) presenta diversas estrategias terapéuticas debido a su expresión clínica variable. Inicialmente, se recomiendan modificaciones en el estilo de vida, incluyendo aumento de la actividad física y una alimentación adecuada. Estos cambios no solo contribuyen a la reducción de peso, disminución de la resistencia a la insulina y mejora del hiperandrogenismo, sino que también favorecen la regularidad menstrual y la fertilidad en mujeres afectadas. Para aquellas no buscando concebir, se utilizan agentes anticonceptivos orales, progesterona y metformina. Si se busca el embarazo y la pérdida de peso no induce ovulación, se consideran opciones como el citrato de clomifeno, inhibidores de la aromatasa y gonadotropinas. La fertilización in vitro (FIV) es una alternativa en casos resistentes a tratamientos previos.

En términos dietéticos, la pauta incluye alimentos con bajo índice glucémico, vegetales, proteínas magras, grasas saludables y control de carbohidratos y alcohol. Estudios revelan la influencia positiva de la dieta mediterránea y cetogénica en mujeres con SOP, mejorando factores metabólicos y hormonales.

Respecto al ejercicio, aunque su relevancia en el tratamiento no farmacológico es reconocida, la diferenciación entre ejercicio y dieta en los estudios es limitada. El ejercicio aeróbico no parece influir en las hormonas reproductivas, pero mejora la composición corporal. El Entrenamiento Intercalado de Alta Intensidad (HIIT) demuestra eficacia en reducir la resistencia a la insulina y el IMC.

En términos de salud reproductiva, la adopción de una dieta adecuada influye

positivamente en la fertilidad en mujeres con SOP, mediante la regulación de ciclos menstruales y mejora de síntomas. Sin embargo, se requieren estudios más amplios para confirmar patrones óptimos.

En conclusión, el tratamiento del SOP abarca modificaciones en el estilo de vida, opciones farmacológicas y, si es necesario, FIV. La dieta y el ejercicio desempeñan roles cruciales en la mejora de los síntomas y la salud reproductiva. La dieta mediterránea y cetogénica han demostrado ser beneficiosas, y el HIIT es efectivo en mejorar la resistencia a la insulina. La relación entre el ejercicio y las hormonas reproductivas necesita más investigación. En general, se subraya la importancia de enfoques multidisciplinarios y estudios amplios para comprender mejor y abordar eficazmente el SOP y sus implicaciones.

6 Bibliografía

1. Stein I, Leventhal M (1935). Amenorrhoea associated with bilateral polycystic ovaries. *The American College of Obstetricians and Gynecologist*. 1935;29:181
2. Amini L, Tehranian N, Movahedin M, Ramezani Tehrani F. Effect of *Caligonum Comosum* on Ovarian Histology of Polycystic Ovary mouse model. *J Med Plants*. 2015;14:115–22. [Google Scholar]
3. Rababa'h AM, Matani BR, Yehya A. An update of polycystic ovary syndrome: causes and therapeutics options. *Heliyon*. 2022 Oct 10;8(10):e11010. doi: 10.1016/j.heliyon.2022.e11010. PMID: 36267367; PMCID: PMC9576888.
4. Bahri Khomami M, Joham AE, Boyle JA, et al. El aumento de las complicaciones del embarazo materno en el síndrome de ovario poliquístico parece ser independiente de la obesidad: una revisión sistemática, un metanálisis y una metarregresión. *Obesidad Rev* 2019; 20 :659–74. [PubMed] [Google Scholar]
5. Kim CH, Lee SH. Effectiveness of Lifestyle Modification in Polycystic Ovary Syndrome Patients with Obesity: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Life (Basel)*. 2022 Feb 18;12(2):308. doi: 10.3390/life12020308. PMID: 35207595; PMCID: PMC8876590.
6. Conte F, Banting L, Teede HJ, et al. Salud mental y actividad física en mujeres con síndrome de ovario poliquístico: una breve revisión. *Medicina Deportiva* 2015; 45 : 497–504. [Artículo gratuito de PMC] [PubMed] [Google Scholar]
7. Abazar E, Taghian F, Mardanian F, et al. Efectos del ejercicio aeróbico sobre las lipoproteínas plasmáticas en mujeres con sobrepeso y obesidad con síndrome de ovario poliquístico. *Adv Biomed Res* 2015; 4:68. [Artículo gratuito de PMC] [PubMed] [Google Scholar]

8. Teede H, Misso M, Costello M, Dokras A, Laven J, Moran L, Piltonen T y Robert Norman en nombre de la Red Internacional SOP en colaboración con organizaciones financiadoras, asociadas y colaboradoras. Guía internacional basada en evidencia para la evaluación y tratamiento del síndrome de ovario poliquístico. Melbourne: Universidad de Monash; 2018.
9. Notaro ALG, Neto FTL. El uso de metformina en mujeres con síndrome de ovario poliquístico: una revisión actualizada. *J Assist Reprod Genet.* 2022; 39 (3): 573–579. doi: 10.1007/s10815-022-02429-9. [Artículo gratuito de PMC] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
10. Bodepudi R, Seher S, Khan SA, Emmanuel S, Shantha Kumar V, Nerella R, Shaman Ameen B, Patel D, David John J, Khan S. Myoinositol Versus Metformin in the Treatment of Polycystic Ovarian Syndrome: A Systematic Review. *Cureus.* 2023 Jul 11;15(7):e41748. doi: 10.7759/cureus.41748. PMID: 37575860; PMCID: PMC10421410.
11. Soldat-Stanković V, Popović-Pejičić S, Stanković S, Prtina A, Malešević G, Bjekić-Macut J, et al. El efecto de la metformina y el mioinositol sobre los resultados metabólicos en mujeres con síndrome de ovario poliquístico: papel de la masa corporal y la adiponectina en un ensayo controlado aleatorio. *J Endocrinol invertir.* 2022; 45 (3): 583–595. doi: 10.1007/s40618-021-01691-5. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
12. Rajasekaran K, Malhotra N, Mahey R, Khadgawat R, Kalaivani M. Myoinositol versus metformina pretratamiento en un ciclo de antagonista de GnRH para mujeres con SOP sometidas a FIV: un estudio controlado, aleatorizado, doble ciego. *Ginecol Endocrinol.* 2022; 38 (2): 140–147. doi: 10.1080/09513590.2021.1981282. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
13. Manouchehri A, Abbaszadeh S, Ahmadi M, Nejad FK, Bahmani M, Dastyar N. Polycystic ovaries and herbal remedies: A systematic review. *JBRA Assist Reprod* 2022;27:85. <https://doi.org/10.5935/1518-0557.20220024>.
14. Xenou M, Gourounti K. Dietary Patterns and Polycystic Ovary Syndrome: a Systematic Review. *Maedica (Bucur).* 2021 Sep;16(3):516-521. doi: 10.26574/maedica.2020.16.3.516. PMID: 34925611; PMCID: PMC8643565.
15. Szczuko M, Zapałowska-Chwyć M, Maciejewska D, et al. Mejora significativa de mediadores seleccionados de inflamación en fenotipos de mujeres con síndrome de ovario poliquístico después de una dieta de reducción y de IG bajo. *Mediadores de la Inflamación.* 2017; 5489523 [Artículo gratuito de PMC] [PubMed] [Google Scholar]
16. Barrea L, Arnone A, Annunziata G, et al. Adherencia a la dieta mediterránea, patrones dietéticos y composición corporal en mujeres con síndrome de ovario

- poliquístico (SOP). *Nutrientes*. 2019; 11 :2278. [Artículo gratuito de PMC] [PubMed] [Google Scholar]
17. Paoli A, Mancin L, Giacona MC, et al. Efectos de una dieta cetogénica en mujeres con sobrepeso y síndrome de ovario poliquístico. *Revista de medicina traslacional*. 2020; 18 :104. [Artículo gratuito de PMC] [PubMed] [Google Scholar]
18. Shang Y, Zhou H, He R, Lu W. Dietary Modification for Reproductive Health in Women With Polycystic Ovary Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2021 Nov 1;12:735954. doi: 10.3389/fendo.2021.735954. PMID: 34790167; PMCID: PMC8591222.
19. Santos IKD, Nunes FASS, Queiros VS, Cobucci RN, Dantas PB, Soares GM, Cabral BGAT, Maranhão TMO, Dantas PMS. Effect of high-intensity interval training on metabolic parameters in women with polycystic ovary syndrome: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One*. 2021 Jan 19;16(1):e0245023. doi: 10.1371/journal.pone.0245023. PMID: 33465123; PMCID: PMC7815156.
20. Bahri Khomami M, Moran LJ, Kenny L, et al. Complicaciones del estilo de vida y del embarazo en el síndrome de ovario poliquístico: el estudio de cohorte SCOPE . *Clin Endocrinol* . 2019; 90 (6): 814-821. [PubMed] [Google Scholar]
21. Bahri Khomami M, Teede HJ, Joham AE, Moran LJ, Piltonen TT, Boyle JA. Clinical management of pregnancy in women with polycystic ovary syndrome: An expert opinion. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2022 Aug;97(2):227-236. doi: 10.1111/cen.14723. Epub 2022 Apr 5. PMID: 35383999; PMCID: PMC9544149.

Capítulo 133

LA GASOMETRIA ARTERIAL, ALGO MÁS QUE UN SIMPLE PINCHAZO

MARIA ORTEGA ABENGOZAR

DARÍO DEL RÍO MARTÍN

NOELIA ANTÓN RUANO

MARIA EUGENIA DIAZ SERRANO

1 Introducción

La gasometría arterial es una técnica invasiva que permite calcular el gradiente arterial y de esa manera averiguar el origen pulmonar o extrapulmonar de la afectación, si la hubiese.

Es una técnica de enfermería muy utilizada, es rápida y económica en comparación con otras técnicas además de ser muy eficaz.

En ella extraemos sangre del paciente, a través de la punción de una arteria periférica, para su posterior análisis.

En la actualidad todas las sociedades científicas avalan el uso de anestésicos locales para paliar el dolor que produce la punción de la gasometría, algo que no suele incluirse en la práctica diaria, ya sea por desconocimiento, miedo o por evitar trámites necesarios al tratarse de un fármaco que requiere prescripción médica.

Debido a la elevada morbi-mortalidad de las enfermedades respiratorias, es una técnica insustituible en la práctica clínica y ampliamente extendida. Generalmente se realiza en el medio hospitalario, pero también podría realizarse en el

medio ambulatorio, tomando las correspondientes medidas para su extracción y transporte de la muestra.

En el ámbito hospitalario podemos encontrar otras formas de extracción de gasometría, como por ejemplo la gasometría capilar de los neonatos, o la canalización de arteria periférica para la repetida toma de muestras en un paciente de cuidados intensivos, pero en este trabajo nos limitaremos a analizar la técnica de punción arterial simple, por parte del personal de enfermería.

2 Objetivos

- Analizar y sintetizar el contenido de la evidencia científica publicada referente a la técnica de la gasometría arterial por punción simple.
- Conocer las consideraciones pre y postanalíticas que conlleva

3 Metodología

Para la realización de esta revisión bibliográfica se han buscado artículos en diferentes bases de datos, como "Pubmed", "SCIELO", "ELSEVIER", en guías, tratados clínicos y revistas de referencia.

Se han usado como Descriptores: GASOMETRÍA, ANÁLISIS ARTERIAL, EXTRACCIÓN DE SANGRE

De todas las publicaciones encontradas, fueron seleccionadas 5 publicaciones.

4 Resultados

En la revisión de la literatura encontramos diferentes aspectos a tener en cuenta, antes de la punción de la gasometría. Todas ellas son importantes y se deberían tener en cuenta antes de su realización.

Primero hablaremos de las consideraciones preanalíticas:

1. Las indicaciones serían:

- Conocer los diferentes niveles de gases respiratorios (PaCO_2 , PO_2 , HCO_3) y el equilibrio ácido-base (pH)
- Cuantificación de una respuesta terapéutica
- Necesidad de monitorizar la gravedad o la progresión de un proceso respiratorio

2. Entre las contraindicaciones para su realización:

- Test de Allen positivo.

- Evidencia de enfermedad vascular periférica o infecciosa de la extremidad
- Coagulopatías o tratamiento con anticoagulantes a altas dosis
- Cirugía previa en la zona.
- Infección o lesiones cutánea en el sitio de la punción.
- Mal acceso arterial.

3. La preparación de la sala y equipo:

Para realizar la punción arterial, la sala, a ser posible con un lavabo para la limpieza y desinfección de las manos y/o disponer de gel hidroalcohólico. Dispondrá de un asiento o una camilla y un soporte o mesa donde poder colocar el brazo del paciente durante la punción.

Para el equipo, se precisará un espacio suficientemente amplio donde poder colocar el equipo y sus accesorios.

Material necesario

- Guantes desechables de un solo uso
- Equipos de punción arterial, compuestos por una jeringa específica con anticoagulante, aguja de 23G, sistema de sellado de la jeringa
- Jeringa de insulina (para la anestesia)
- Anestesia local sin vasodilatador (Scandicain 2%)
- Gasas
- Apoyabrazos
- Desinfectante local
- Esparadrapo
- Etiqueta de identificación
- Recipiente para agujas y material biológico

Contenedores de muestra

La muestra de sangre debe remitirse al punto de análisis clínico lo antes posible, para evitar la coagulación de la sangre. Entre la extracción y la lectura no deben excederse los 15 minutos. Si la muestra se ha recogido fuera del ámbito hospitalario, se debería transportar en recipientes con agua y hielo estancos que mantienen la temperatura a 4°C.

En cuanto a los anticoagulantes y aditivos, la heparina sódica es el anticoagulante utilizado. La cantidad preparada debe llevar una concentración de 1.000U/ml para evitar artefactar los resultados. Si la muestra gasométrica se emplea también para efectuar la medición simultánea de iones (K^+ , Na^+ , Ca^{++} , Cl^-) deben utilizarse heparinas de bajo peso molecular, porque la heparina sódica podría interferir en los resultados iónicos.

Existen kits preparados para gasometría. Si no se dispone de ellos, se debe aspirar cinco mililitros de una solución de heparina 1/1000 en una jeringa de tres milil-

itros, moviendo el émbolo para repartir la heparina en el interior de la jeringa y la aguja .

4. Preparación del paciente

La extracción de la muestra normalmente es en el ámbito hospitalario, pero también podríamos encontrarnos en ámbito ambulatorio, o urgencias extrahospitalarias. Sea como sea, deberíamos seguir unas pautas

- Paciente en reposo, a ser posible sentado unos 10-15 minutos antes de la punción.
- Evitar broncodilatadores y vasodilatadores, así como el consumo de tabaco antes de la punción.
- Nos informaremos si el paciente tiene algún tratamiento anticoagulante o si es alérgico a anestésicos locales.
- Posición incorporada, si precisa oxigenoterapia y si se tolera, retirar 20min antes de la punción, si no: anotar la concentración.
- Informar al paciente de la técnica que se va a realizar

5. Procedimiento

- Zona de punción

La arteria de elección será la radial, en el tunel carpiano

Segunda opción la arteria humeral a nivel de la fosa anticubital

Ultima opción: arteria femoral a nivel inguinal

- Circulación colateral

Realización del test de Allen ,en arteria radial, ya que es un método sencillo y fiable, evitaremos así complicaciones de isquemia distal.

Para llevarlo a cabo: el paciente debe abrir y cerrar el puño 5-10 veces, mientras comprimimos el pulso radial y cubital. Suele aparecer palidez isquémica en la palma de la mano. A continuación, pediremos que abra la mano y liberaremos la compresión cubital, registrando el tiempo necesario para que reperfundada la circulación en la mano. Hablaremos de una adecuada circulación colateral si reaparece en menos de 15 segundos

- Técnica de punción:

- Informar al paciente del procedimiento a seguir
- Situarlo en el lugar de punción elegido (sentado/decúbito), y mantenerle en reposo durante 10-15 minutos.
- Respiración basal, o en su defecto especificar FIO2 y tipo de fuente.
- Localizar la arteria adecuada, y realización de test de Allen
- Lavado de manos y uso de guantes al realizar la punción y durante la manipulación de la muestra.
- Desinfectar la zona a puncionar (Clorhexidina acuosa)

- Anestesiar la zona de la punción con 0,3-0,5ml de anestesia, evitando anestésico con vasoconstrictor y realizar un masaje en la zona hasta que desaparezca el habón.
- Colocar la muñeca en hiperextensión y adoptar una posición cómoda.
- Pinchar lentamente la arteria con aguja y jeringa específica para punción arterial, en ángulo de 45°.

Ajustaremos el émbolo para recoger al menos dos centímetros cúbicos de sangre, la sangre ascenderá hacia la jeringa por la presión arterial. Para arteria femoral y humeral la angulación será de 90°

- Comprimir la zona de punción durante al menos dos minutos.
- Eliminar burbujas de aire de la jeringa, con el cono hacia arriba, golpear para que suban y eliminarlas.

Tapar inmediatamente con un tapón de sellado y agitar

- Enviar la muestra, correctamente etiquetada, para su análisis inmediato. En caso contrario, guardar en hielo triturado
- Una vez finalizada la compresión se comprobará que el paciente tenga un pulso adecuado

5. Complicaciones

- Dolor. Las Sociedades científicas recomiendan el uso de anestésicos locales antes de una punción arterial, pues todos los pacientes refieren que es una técnica muy dolorosa.
- Hematoma. Suele ser por una presión insuficiente en el punto de punción.
- Isquemia distal por espasmo arterial o trombosis. Para evitarlo, usaremos aguja de calibre fino, y evitaremos punciones repetidas en el mismo punto. La arteria humeral es la que presenta mayor incidencia de complicaciones isquémicas.
- Punción de nervio. Esto puede suponer desde entumecimiento u hormigueo hasta parestesias o debilidad muscular. Una compresión menor lleva a alteraciones funcionales, y una compresión mayor, a la lesión permanente del nervio. Las neuropatías producidas por punción, pueden llegar a recuperarse, por la capacidad de regeneración de sus axones. Para disminuir esta complicación, es recomendable la punción con aguja de calibre fino
- Anafilaxis por la anestesia. La reacción alérgica puede ser desde la más leve hasta la mas grave, y pueden limitarse a una pequeña zona del cuerpo o afectar a nivel global. Suelen ocurrir segundos o minutos después de la exposición al anestésico. Siempre debemos preguntar por historial de alergias.
- Reacción vagal. Desencadenado por la puesta en marcha de una respuesta refleja que provoca bradicardia y/o vasodilatación, provocando a veces un síncope neuroreflejo. Habría que decir al paciente que avise si empieza a notar mareo u

otro síntoma premonitorio, y proceder a tumbarlo con las piernas elevadas. Si el paciente pierde la conciencia, procederíamos a la toma de constantes vitales y seguir la evolución. Si el síncope vasovagal continúa se canalizaría una vía venosa periférica, e iinfundiaríamos volumen

– Hiperventilación del paciente por ansiedad. Es una respuesta, bien ante un peligro real o percibido, por un trastorno de ansiedad preexistente o simplemente por miedo a lo desconocido. Para minimizar su incidencia, deberíamos generar un clima tranquilo y en calma, entablando una conversación empática y una escucha activa con el paciente, animándolo a que exprese sus miedos, preocupaciones y preguntas.

Ayudarle a que se concentre en su respiración, guiándole si es necesario

6. Educación del paciente y familia

Para evitar la aparición de alguna de las complicaciones arriba mencionadas, se debería recomendar:

- No frotar el punto de punción.
- El brazo debe estar en posición de hiperextensión.
- Evitar coger peso con ese brazo al menos en las 2 horas posteriores
- Se comunicará cualquier sangrado, dolor, hormigueo o entumecimiento tras la punción arterial, aparición de hematoma o aumento del mismo
- Se comunicará rápidamente cualquier síntoma que haga sospechar una reacción alérgica

5 Discusión-Conclusión

A través de esta revisión hemos conocido todo lo que conlleva esta técnica, y la importancia de tomarnos un tiempo antes de la extracción y no limitarnos únicamente al acto del pinchazo, sino valorar todas las consideraciones previas y post- analíticas.

Actualmente, el escaso tiempo del que se dispone para atender a los pacientes, puede hacer que no se valore adecuadamente antes de la punción, lo que podría generar mayor número de complicaciones . Sería muy importante tomarse unos minutos antes de realizar la técnica y evaluar el lugar y la arteria de elección, la circulación colateral, así como conocer antecedentes y/o coagulopatías importantes del paciente.

Las sociedades científicas hablan de la recomendación de utilizar anestésico local para la obtención de la gasometría, ya que es una técnica referida como muy dolorosa. Sin embargo, la falta de protocolos deja desamparada a la enfermería

en este asunto, que se limita a la prescripción médica. Sería muy recomendable que se hicieran documentos legales y protocolos sobre anestésicos locales, ante este procedimiento en particular, para así proteger al paciente del dolor que sufre con el pinchazo y también se proteja al personal de enfermería, quedando así legalmente respaldado.

6 Bibliografía

1. Oliver P, Rodriguez O, Marin JL, Munoz M, Guillen E, Valcarcel G, et al. Estudio de la oxigenación e interpretación de la gasometría arterial. Revisión SEQC. 2014.
2. Alquezar Fernández M, Burgos Rincón F, Peinador Aguilar R, Perpina Tordera M, Respira Fundación Española del pulmón S. Manual SEPAR, procedimientos. 2017.
3. Rrt CBP. Interpretación de la gasometría en sangre arterial. Un vistazo al equilibrio interior del paciente. Nursing, Volumen 28, Numero 10. Diciembre 2010;33–7.
4. Tassaux, D; Clergue, F. Monitorizacion perioperatoria del oxígeno y del dióxido de carbono. EMC-Anestesia-Reanimación. Vol 29, IssueI,2003, Pag 1-11
5. Ciber Revista:(s/f). Enfermeriadeurgencias.com. Recuperado el 1 de diciembre de 2022, disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/enero2010/pagina11.html>
6. Normativa SEPAR, 6. (s/f). Issuu. Recuperado el 1 de diciembre de 2022, disponible en: https://issuu.com/separ/docs/normativa_006?mode=window&backgroundcolor=%23222222

Capítulo 134

CASO CLÍNICO: TRASTORNO BIPOLAR

ALEJANDRA RAMÍREZ COLLADO

MARTA LÓPEZ GARCÍA

LUCÍA LÓPEZ GARCÍA

1 Introducción

El trastorno bipolar es un trastorno grave del estado de ánimo caracterizado por episodios recurrentes de depresión que se alternan con períodos de hipomanía y/o manía que suelen estar separados por períodos de estado de ánimo y funcionamiento relativamente normales. Es un diagnóstico heterogéneo que probablemente abarca una amplia gama de trastornos cíclicos del estado de ánimo que pueden diferir un poco en términos de presentación, etiología y patogenia. El diagnóstico de trastorno bipolar se realiza sobre la base de la evidencia tanto de episodios depresivos mayores agudos como de episodios maníacos agudos (la hipomanía se considera una forma más leve de manía que no se asocia necesariamente con deterioro funcional) (1). La clasificación de los diferentes subtipos de trastornos bipolares se realiza en función de la gravedad y frecuencia de los episodios. Existe el trastorno bipolar tipo I, en el cual se alternan episodios depresivos con episodios maníacos, que duran más de una semana, se presentan la mayor parte del día y suponen un deterioro laboral y de la actividad de la persona que lo padece. En cambio, el trastorno bipolar tipo II alterna los episodios depresivos con cuadros hipomaniacos, de duración inferior a 4 días y sin deterioro laboral y de la actividad de la persona. Otros subtipos, además del trastorno bipolar I

y bipolar II, son el ciclo rápido (más de 4 episodios de manía, depresión, hipomanía o estado mixto en un año) y la ciclotimia (síntomas hipomaniacos y subdepresivos durante un período de dos años). Además de un examen psiquiátrico y neurológico completo, se deben realizar pruebas clínicas adicionales para excluir el diagnóstico diferencial (enfermedades psiquiátricas, neurológicas y somáticas) (2).

2 Objetivos

- Conocer más en profundidad la enfermedad del trastorno bipolar y como esta afecta a las personas que la padecen.
- Saber diferenciar los diferentes tipos de trastorno bipolar que existen.
- Analizar un caso real de una persona con dicha enfermedad.

3 Caso clínico

Paciente varón de 58 años, acude a urgencias por cuadro maniaco. El paciente fue diagnosticado de Trastorno bipolar tipo I hacía años.

Factores de riesgo:

- Genética, la vulnerabilidad al trastorno bipolar tiene un fuerte componente genético.
- Antecedentes familiares de abuso de drogas.
- Acontecimientos vitales estresantes.
- Consumo de tóxicos. En este caso, el paciente tenía antecedentes de abuso de alcohol, incluso llegando a ser ingresado por intoxicación etílica y además era exfumador.

El paciente cuando ingresó estaba totalmente desorganizado en pensamiento, conducta y discurso, además de presentar otros síntomas característicos de este estado como:

- Verborrea.
 - Disminución de la necesidad de dormir.
 - Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado.
 - Distraibilidad.
 - Inquietud, agitación, en algunas ocasiones.
 - A veces también patrón de alimentación irregular, pérdida de apetito.
- Además de esto, su lenguaje en muchas ocasiones era muy difícil de comprender por el personal, debido a la verborrea constante y al tono bajo que empleaba. Por

otro lado, presenta bastantes dificultades para moverse, tumbarse o levantarse de la cama, que en ocasiones no puede hacer sin ayuda. Según podemos ver en su historia el cuadro clínico del paciente se había caracterizado por polaridad depresiva, solo había experimentado dos episodios maníacos sin clínica psicótica hasta ahora. Su hermana nos cuenta que solía descompensar cuando dejaba de vivir con su sobrina.

Evolución

En las primeras consultas con la psiquiatra no pudo mantener una conversación adecuada con él para poder evaluarle. A partir de las dos semanas se mantuvo un poco más tranquilo y con un discurso un poco más coherente que anteriormente, por lo que la psiquiatra pudo analizarlo mejor.

Al inicio de su ingreso tenía comportamientos extravagantes, se tiraba por el suelo, escupía agua sin parar, andaba semidesnudo por la planta, armaba alboroto durante las comidas, se agitaba durante las noches molestando a otros pacientes, etc. Lo que le llevo a tener que contenerlo en varias ocasiones tanto mecánica como farmacológicamente.

Con el paso de las semanas parece que el tratamiento farmacológico le va haciendo algo de efecto y permanece más tranquilo, aunque sigue teniendo episodios psicóticos especialmente durante la noche, por lo que debe permanecer ingresado.

Tratamiento farmacológico

Antipsicóticos:

- Risperidona
- Litio
- Olanzapina tanto oral como IM si episodio de agitación

Relajantes/hipnóticos:

- Diazepam
- Clonazepam
- Lormetazepam (para ayudarle a dormir)

4 Discusión-Conclusión

Tras tres semanas de evaluación del paciente hemos podido observar de cerca como el trastorno bipolar afecta a las personas que lo padecen así como la evolución favorable que ha tenido el paciente durante estas semanas. Esto es importante para saber reconocer este tipo de trastornos cuando aparecen los primeros síntomas e intentar evitar que estos vayan a más.

Muchos de los trastornos psiquiátricos que se encuentran hoy en día en los servicios de psiquiatría de los hospitales, tienen un fuerte factor genético, pero otros muchos se han desencadenado por el consumo de ciertas sustancias, como en el caso de este paciente, por lo que podemos concluir que en muchos casos el desarrollo de este tipo de enfermedades se puede evitar con una buena educación para la salud por parte del personal de enfermería.

5 Bibliografía

- (1) Smith, D. J., Whitham, E. A., & Ghaemi, S. N. (2012). Bipolar disorder. *Handbook of clinical neurology*, 106, 251–263. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-52002-9.00015-2>
- (2) Müller, J. K., & Leweke, F. M. (2016). Trastorno bipolar: descripción clínica. *Klinik bipolarer Erkrankungen. Medizinische Monatsschrift für Pharmazeuten*, 39(9), 363–369.

Capítulo 135

ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE QUE ESTA EN UN PROCESO DE ATRAGANTAMIENTO

PILAR MARIA RODRIGUEZ VALCARCEL

ELENA PEINADO TERCERO

1 Introducción

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

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

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

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

2 Objetivos

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

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente trabajo ha sido necesaria la realización de una revisión bibliográfica activa y consciente de diferentes artículos en las bases de datos más conocidas como PubMed, Medline, Dialnet y Scielo. Para ello se han utilizado los siguientes descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS).

Palabras clave: “atragantamiento”, “obstrucción”.

4 Resultados

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

Un cuerpo extraño puede dar lugar a una obstrucción de la vía aérea que puede ser bien leve o severa. Los signos y síntomas que nos van a permitir diferenciar entre una obstrucción leve o una obstrucción severa son los siguientes. Es importante preguntarle al paciente si se está ahogando, si el paciente presentase una obstrucción leve podría comunicarse con nosotros (enfermería), nos podría contestar a la pregunta. Además, presentará tos y también una respiración más

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

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

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

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

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

5 Discusión-Conclusión

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

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

En caso de atragantamiento u obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño, sea alimento sólido o un objeto como globos o piezas pequeñas de construcción o juguetes, es fundamental actuar rápidamente. Por ello, resulta muy importante que la ciudadanía esté formada en las maniobras de desobstrucción, que consisten

en invitar a la persona a toser, aplicar las maniobras de Heimlich y, si nada de todo ello funciona y la persona entra en parada cardiorrespiratoria, realizar una Reanimación Cardiopulmonar Básica.

6 Bibliografía

1. Moliné JL, Ma MATS, Solé Gómez D, En Medicina E, Trabajo D. NTP 467: Obstrucción de las vías respiratorias: primeros auxilios [Internet]. Insst.es. [citado el 22 de agosto de 2023]. Disponible en: https://www.insst.es/documents/94886/326853/ntp_467.pdf/a74241b9-d2a5-4f3b-a3fa-bb45259cba2e?version=1.1&t=1680165715968.
2. Atragantamiento en el adulto [Internet]. Riojasalud.es. [citado el 22 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.riojasalud.es/servicios/urgencias/articulos/atragantamiento-en-el-adulto>.
3. Leonardo Linares AM, Pastrana Román I, Castillo Romero E, Rodríguez González R, Rodríguez Ramos JF. Manejo del paciente con cuerpo extraño en vías aérea y digestiva. Rev cienc médicas Pinar Río [Internet]. 2013 [citado el 22 de agosto de 2023];17(4):73–83. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000400009.
4. Romero-Velarde E, Villalpando-Carrión S, Pérez-Lizaur AB, Iracheta-Gerez M de la L, Alonso-Rivera CG, López-Navarrete GE, et al. Consenso para las prácticas de alimentación complementaria en lactantes sanos. Bol Med Hosp Infant Mex [Internet]. 2016 [citado el 22 de agosto de 2023];73(5):338–56. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-boletin-medico-del-hospital-infantil401-articulo-consenso-practicas-alimentacion-complementaria-lactantesS1665114616301022>.

Capítulo 136

IMPORTANCIA DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE PACIENTES CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS

ROCÍO GARCÍA-PARDO SÁNCHEZ

SARA MARTÍNEZ RUIZ

LAURA GUTIÉRREZ MARTÍNEZ

VANESSA DE NOVA FERNÁNDEZ

CARMEN MARÍA SEVILLA PÉREZ

1 Introducción

Los pacientes con trastornos alimentarios, como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y la vigorexia, enfrentan desafíos significativos relacionados con su relación con la comida, la imagen corporal y la salud mental. Estos trastornos pueden tener un impacto profundo en la vida de quienes los padecen y requieren una atención especializada.

La anorexia nerviosa se caracteriza por una restricción extrema de la ingesta de alimentos, lo que conduce a una pérdida de peso significativa y una percepción distorsionada del cuerpo. La bulimia nerviosa implica episodios de ingestión excesiva seguidos de métodos para evitar el aumento de peso, como el vómito. La vigorexia es un trastorno relacionado con la obsesión por ganar músculo y la práctica excesiva de ejercicio.

El tratamiento de los trastornos alimentarios generalmente involucra una combinación de atención médica, terapia nutricional y apoyo psicológico. Es esencial abordar tanto los aspectos físicos como los emocionales de estos trastornos. Los pacientes pueden beneficiarse de la terapia cognitivo-conductual, la terapia familiar, y la atención de un equipo multidisciplinario que incluye médicos, psicólogos y nutricionistas.

La detección temprana y la intervención son cruciales para mejorar el pronóstico de los pacientes con trastornos alimentarios. El apoyo continuo de la familia y la comunidad es esencial en el proceso de recuperación. La comprensión, el respeto y la paciencia son clave para ayudar a estos pacientes a recuperar una relación saludable con la comida y con su propio cuerpo.

2 Objetivos

Mostrar las funciones del enfermero en el manejo de pacientes con trastornos alimentarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

La importancia de la enfermería en el manejo de pacientes con trastornos alimentarios es fundamental debido a la naturaleza compleja de estos trastornos, que afectan tanto la salud física como la salud mental de los individuos. Los enfermeros desempeñan un papel crucial en múltiples aspectos de la atención a pacientes con trastornos alimentarios:

Evaluación integral: Los enfermeros realizan una evaluación completa de los pacientes, incluyendo la monitorización de signos vitales, la evaluación del estado nutricional y la observación de comportamientos alimentarios. Esta evaluación ayuda a identificar la gravedad de la afección y guía la planificación del cuidado.

Apoyo emocional: Los trastornos alimentarios a menudo están relacionados con problemas de salud mental, como la ansiedad, la depresión y la baja autoestima. Los enfermeros brindan apoyo emocional a los pacientes, ayudándoles a lidiar con sus sentimientos y preocupaciones.

Educación: Los enfermeros educan a los pacientes y sus familias sobre los riesgos para la salud asociados con los trastornos alimentarios y la importancia de una alimentación adecuada. También ofrecen orientación sobre cómo establecer una relación saludable con la comida.

Monitorización continua: La monitorización constante es esencial para garantizar que los pacientes cumplan con su plan de alimentación y no estén en riesgo de complicaciones graves, como desnutrición o arritmias cardíacas.

Trabajo en equipo: Los enfermeros colaboran estrechamente con otros profesionales de la salud, como psicólogos y psiquiatras, para garantizar una atención multidisciplinaria integral. La coordinación entre los miembros del equipo es esencial para abordar tanto los aspectos físicos como los psicológicos de los trastornos alimentarios.

Prevención y tratamiento de complicaciones: Los enfermeros están capacitados para identificar y tratar las complicaciones médicas que pueden surgir debido a los trastornos alimentarios, como desequilibrios electrolíticos o desnutrición.

La enfermería desempeña un papel esencial en el apoyo, la educación y el cuidado de los pacientes con trastornos alimentarios. Su enfoque integral y su papel en la coordinación de la atención contribuyen significativamente a la recuperación y el bienestar de estos pacientes. Además, la relación de confianza que los enfermeros pueden establecer con los pacientes es valiosa en el proceso de recuperación y el abordaje de los desafíos emocionales asociados a los trastornos alimentarios.

5 Discusión-Conclusión

Para garantizar un buen tratamiento del paciente con trastornos alimentarios, el enfermero puede seguir estas recomendaciones:

En primer lugar, es crucial establecer una relación de confianza y respeto con el paciente. La empatía y la comprensión son fundamentales para que el paciente se sienta escuchado y apoyado. Evitar juicios y críticas es esencial.

En segundo lugar, la educación desempeña un papel vital. Proporcionar información sobre la naturaleza de los trastornos alimentarios, los riesgos para la salud y las estrategias para una alimentación saludable es esencial. Alentar al paciente a participar activamente en su propio cuidado y empoderarlo con el conocimiento sobre su afección es beneficioso.

La atención de enfermería debe ser integral, abordando tanto los aspectos físicos como los emocionales de los trastornos alimentarios. Trabajar en colaboración con un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud, incluyendo psicólogos y dietistas, es fundamental para brindar un tratamiento completo y personalizado. La paciencia y la constancia son clave en el proceso de recuperación del paciente.

6 Bibliografía

1. Tena, B. A., & Salom, M. A. C. (2023). Impacto del programa de prevención de TCA y obesidad “everybody has a body” en centros educativos en España. Análisis y propuestas. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 13(1), 39-57.

Capítulo 137

EFFECTIVIDAD DE LAS ESTRATEGIAS DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN

ROCÍO GARCÍA-PARDO SÁNCHEZ

SARA MARTÍNEZ RUIZ

LAURA GUTIÉRREZ MARTÍNEZ

VANESSA DE NOVA FERNÁNDEZ

CARMEN MARÍA SEVILLA PÉREZ

1 Introducción

La prevención de úlceras por presión (UPP), también conocidas como escaras o llagas por presión, es una parte fundamental de la atención de enfermería y la atención a pacientes inmovilizados o con movilidad limitada. Las UPP son lesiones de la piel y el tejido subyacente causadas por la presión prolongada en áreas como los talones, los codos, los glúteos o la espalda. La prevención es esencial, ya que estas heridas pueden ser dolorosas, difíciles de tratar y aumentar el riesgo de infecciones graves.

Para diseñar estrategias de enfermería efectivas en la prevención de úlceras por presión, es esencial seguir estas recomendaciones:

- Evaluación precisa: Comenzar por una evaluación rigurosa del riesgo en todos los pacientes, utilizando escalas de valoración de riesgo. Esto permitirá identificar a quienes requieren medidas preventivas más intensivas.
- Personalización: Diseñar planes de prevención individualizados según el riesgo y las necesidades de cada paciente. Un enfoque personalizado garantiza que las estrategias sean específicas y adecuadas.
- Educación: Capacitar al personal de enfermería y al equipo multidisciplinario en las mejores prácticas de prevención de UPP. La educación constante garantiza que todos estén al tanto de las estrategias y protocolos actualizados.
- Comunicación efectiva: Fomentar la comunicación abierta y la colaboración entre los miembros del equipo de atención. Esto incluye médicos, terapeutas, nutricionistas y otros profesionales de la salud para una atención integral.
- Supervisión continua: Realizar un seguimiento y una auditoría regular de las estrategias de prevención para evaluar su efectividad y realizar ajustes según sea necesario.
- Documentación precisa: Registrar de manera detallada las intervenciones de prevención y la respuesta del paciente. La documentación precisa es esencial para la evaluación y la toma de decisiones informadas.

La prevención de UPP es un esfuerzo colaborativo entre el personal de enfermería, el personal médico y los pacientes. La detección temprana y la prevención efectiva son clave para evitar estas lesiones dolorosas y potencialmente graves.

2 Objetivos

Mostrar las funciones del enfermero en los procesos y situaciones relacionados con la prevención de las úlceras por presión.

3 Metodología

En esta investigación consistente en una revisión bibliográfica, se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos relacionados con el tema de estudio, 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 estrategias de enfermería desempeñan un papel crucial en la prevención de úlceras por presión (UPP) y han demostrado ser efectivas en la reducción de la incidencia de estas lesiones cutáneas en entornos de atención médica. A continuación, se analiza la efectividad de estas estrategias:

- Evaluación de riesgo: La evaluación temprana del riesgo es un pilar fundamental. Los enfermeros utilizan escalas de valoración de riesgo para identificar a los pacientes más vulnerables. Esto permite dirigir las intervenciones de prevención hacia quienes más lo necesitan.
- Cambios de posición: La reubicación regular de los pacientes es una estrategia efectiva para aliviar la presión en áreas críticas del cuerpo. Los cambios de posición cada 2 horas o según un protocolo específico son fundamentales para evitar la presión sostenida en la piel.
- Superficies de apoyo: La utilización de colchones y almohadillas de presión alterna, así como colchones especiales, ha demostrado ser altamente efectiva para reducir la presión en áreas de riesgo. Estas superficies redistribuyen la presión de manera constante y reducen la fricción.
- Cuidado de la piel: El mantenimiento de la piel es esencial. Los enfermeros mantienen la piel del paciente limpia, seca e hidratada, lo que ayuda a prevenir la maceración y la irritación de la piel. Además, se evita la fricción durante las transferencias y cambios de posición.
- Educación: La educación de los pacientes y sus familias es vital. Los enfermeros informan a los pacientes sobre la importancia de la prevención y les enseñan a reconocer los signos tempranos de UPP. La participación activa del paciente en su propio cuidado es clave.
- Documentación y seguimiento: El registro y seguimiento adecuado de las intervenciones de prevención y la respuesta del paciente permiten una evaluación continua y la adaptación de las estrategias según sea necesario.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, las estrategias de enfermería son altamente efectivas en la prevención de UPP cuando se aplican de manera integral y sistemática. La evaluación de riesgo, los cambios de posición, el uso de superficies de apoyo y el cuidado de la piel son componentes esenciales de esta prevención. La educación y la comunicación efectiva con el paciente son igualmente importantes. El enfoque multidisciplinario y la colaboración con otros profesionales de la salud también

contribuyen a la efectividad de estas estrategias en la atención de pacientes. La prevención de UPP es un esfuerzo colaborativo y constante. La atención de enfermería desempeña un papel crucial en esta prevención, y el diseño de estrategias efectivas comienza con una evaluación precisa y se basa en la educación, la comunicación y la supervisión continuas.

6 Bibliografía

1. Sagñay, M. A. J., Silva, D. A. G., Muzha, F. D. L., & Chusino, A. I. V. (2019). Prevención de las úlceras por presión (UPP). *RECIMUNDO*, 3(3), 47-67.

Capítulo 138

PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA MEJORA DEL AUTOCUIDADO DEL PACIENTE DIABÉTICO

ROCÍO GARCÍA-PARDO SÁNCHEZ

SARA MARTÍNEZ RUIZ

LAURA GUTIÉRREZ MARTÍNEZ

VANESSA DE NOVA FERNÁNDEZ

CARMEN MARÍA SEVILLA PÉREZ

1 Introducción

La mejora del autocuidado en pacientes diabéticos es de vital importancia para controlar la enfermedad y prevenir complicaciones a largo plazo. Aquí se presentan algunas estrategias clave para promover el autocuidado en estos pacientes: La mejora del autocuidado del paciente diabético se logra a través de una atención multidisciplinaria que incluye educación, planificación de comidas, monitoreo, tratamiento y apoyo emocional. Empoderar a los pacientes para que asuman un papel activo en el manejo de su diabetes es esencial para mantener un buen control de la enfermedad y una mejor calidad de vida.

2 Objetivos

Conocer las funciones del enfermero en la mejora del autocuidado del paciente diabético.

3 Metodología

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

4 Resultados

El papel de enfermería en la mejora del autocuidado del paciente diabético es de suma importancia. Los enfermeros desempeñan un rol esencial en la educación, apoyo y seguimiento de los pacientes para que puedan gestionar eficazmente su diabetes y llevar una vida saludable. Aquí se detallan algunas de las responsabilidades clave de enfermería:

Educación: Los enfermeros proporcionan información clara y comprensible sobre la diabetes, incluyendo sus causas, síntomas, tratamiento y consecuencias. Esto ayuda a los pacientes a entender su condición y la importancia del autocuidado.

Planificación de comidas: Ayudan a los pacientes a diseñar planes de comidas equilibrados, que regulen los niveles de glucosa en sangre. Los enfermeros enseñan a los pacientes a contar carbohidratos, a elegir alimentos saludables y a controlar las porciones.

Monitoreo: Instruyen a los pacientes sobre cómo realizar el seguimiento de sus niveles de glucosa en sangre, la administración de insulina y otros medicamentos. También enseñan a interpretar los resultados y a tomar decisiones informadas.

Tratamiento y medicamentos: Los enfermeros aseguran que los pacientes comprendan la importancia de tomar sus medicamentos según las indicaciones, gestionar dosis de insulina y seguir otros tratamientos recomendados.

Ejercicio: Fomentan la actividad física regular y orientan a los pacientes sobre el tipo de ejercicio adecuado. La actividad física ayuda a controlar la glucosa en sangre y a mantener un peso saludable.

Apoyo emocional: Reconocen y abordan las emociones y el estrés relacionados con la diabetes. Los enfermeros brindan apoyo emocional, refuerzan la autoestima y enseñan técnicas de afrontamiento.

Seguimiento: Realizan seguimientos regulares para evaluar el progreso de los pacientes, responder a preguntas y ajustar las estrategias de autocuidado según sea necesario.

Coordinación de cuidados: Los enfermeros trabajan en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud, como médicos y dietistas, para garantizar una atención integral y coordinada.

Prevención de complicaciones: Educación sobre la prevención de complicaciones a largo plazo, como enfermedades cardiovasculares, neuropatía y nefropatía, es fundamental en el cuidado del paciente diabético.

Para mejorar el autocuidado del paciente diabético, es fundamental seguir estas recomendaciones:

Educación continua: Proporcionar información actualizada y comprensible sobre la diabetes y su manejo. Los pacientes deben comprender la relación entre su estilo de vida, la alimentación y el control de la glucosa en sangre.

Establecer metas realistas: Ayudar a los pacientes a definir metas específicas y alcanzables para su autocuidado, como mantener un nivel objetivo de glucosa en sangre o perder peso.

Fomentar la autogestión: Capacitar a los pacientes para que se conviertan en participantes activos en su propio cuidado. Esto incluye la administración de medicamentos, el seguimiento de la glucosa y la planificación de comidas.

Apoyo emocional: Reconocer las emociones relacionadas con la diabetes y ofrecer apoyo para afrontar el estrés y la ansiedad. Promover la importancia del equilibrio emocional en el autocuidado.

Promoción de la actividad física: Fomentar la incorporación de ejercicio regular en la rutina diaria. El ejercicio ayuda a controlar la glucosa en sangre y mejora la salud en general.

Trabajo en equipo: Colaborar con otros profesionales de la salud, como médicos y dietistas, para brindar una atención integral y coordinada.

Seguimiento y ajustes: Realizar un seguimiento continuo del progreso del paciente y ajustar las estrategias de autocuidado según sea necesario.

5 Discusión-Conclusión

El papel de enfermería en la mejora del autocuidado del paciente diabético es holístico y multifacético. La educación, el apoyo emocional y la colaboración con

otros profesionales son fundamentales para empoderar a los pacientes y ayudarles a llevar una vida saludable a pesar de la diabetes. La atención de enfermería desempeña un papel clave en el manejo de esta enfermedad crónica.

La clave para mejorar el autocuidado del paciente diabético radica en la educación, el apoyo emocional y la participación activa del paciente. Al empoderar a los pacientes con conocimientos y habilidades, se les capacita para tomar decisiones informadas y llevar un estilo de vida saludable a pesar de la diabetes.

6 Bibliografía

1. Figueredo Villa, K., Gafas González, C., Pérez Rodríguez, M., Brossard Peña, E., García Ríos, C. A., & Valdiviezo Maygua, M. A. (2020). Dimensiones de calidad de vida afectadas en pacientes diabéticos. *Revista Cubana de Enfermería*, 36(1).

Capítulo 139

ACTUALIZACIÓN EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS PARA LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DENTRO DEL ÁMBITO HOSPITALARIO

NATALIA GIL RUIZ

MARTA PEÑUELAS VALDERAS

ALFONSO ORTEGA CORUÑA

NATALIA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

MALENA FERNÁNDEZ ARROYO

1 Introducción

Podemos definir urgencias como aquella situación en que una persona precisa de asistencia médica, encontrándose en una situación de peligro o no. En estas situaciones el paciente cree que necesita una asistencia médica rápida, pero la realidad, es que depende del nivel en el que se encuentre así será atendido, para esto existe el triaje, que consistirá en clasificar a los pacientes según la gravedad que presenten, dándole prioridad a aquellos que más lo necesiten.

Algunos ejemplos de urgencias pueden ser: dolor de estómago, rotura de articulaciones, fiebre, etc.

Una emergencia podemos definirla como la situación repentina y abrupta que afecta considerablemente el estado de salud poniendo en riesgo la vida del paciente.

Algunos ejemplos de emergencias son: infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular.

Dentro de los centros hospitalarios los servicios especiales de urgencias representan uno de los ámbitos más complicados para los profesionales.

El personal de enfermería en los servicios de urgencias debe de prestar unos cuidados de calidad que se basan en el diagnóstico y en las intervenciones de enfermería, para poder colaborar en la pronta recuperación del paciente.

El profesional de enfermería debe de disponer de los conocimientos adecuados y necesarios para poder desarrollar sus funciones de una forma eficiente, eficaz y efectiva dentro del servicio de urgencias.

2 Objetivos

- Conocer e identificar cuáles son las principales funciones que desarrolla el personal de enfermería dentro del servicio especial de urgencias.
- Describir en qué consiste el triaje que se realiza en el servicio de urgencias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo de investigación se ha llevado a cabo una consistente revisión bibliográfica utilizando las bases de datos más importantes: Pubmed, Scielo, Medline, Google Scholar.

También se ha consultado la literatura científico-sanitaria existente en referencia con urgencias y emergencias para los profesionales de enfermería.

4 Resultados

Entre las principales funciones que desarrolla el personal de enfermería en el servicio de urgencias podemos destacar las siguientes:

- Manejar un control de los valores del paciente
- Limpieza y cura de heridas
- Obtener muestras para la realización de pruebas, como puede ser orina, sangre, electrocardiograma..
- Suministrar aquellos medicamentos que previamente haya prescrito un médico.

Una enfermera dentro del servicio especial de urgencias realiza diferentes actividades específicas en los momentos críticos para poder estabilizar la vida de los pacientes, junto con el resto de profesionales médicos que conforman el servicio de urgencias.

Una vez que los pacientes acuden al servicio de urgencias y se han registrado e identificado, se procederá a la clasificación según las condiciones de los síntomas y signos que presente para así poder establecer la prioridad de atención con el resto de usuarios.

Nivel 1 o reanimación: En esta categoría se suele subrayar en color rojo, nos permitirá poder identificar a aquellos pacientes que su vida corre peligro y se encuentra en estado crítico: pérdida de consciencia, parada cardiorrespiratoria, accidente cerebrovascular. En este tipo de situaciones la atención debe de ser inmediata.

Nivel 2 o emergencia: En este nivel clasificamos a los pacientes que pueden estar conscientes, pero existen condiciones que manifiestan un peligro para su vida. En estos casos la atención médica no puede superar más de 20 minutos.

Nivel 3 urgencia: En este nivel se encuentran aquellos pacientes que se encuentran en alto riesgo, pero que se encuentran con valores estables. El tiempo de espera máximo para atender a estos pacientes no puede excederse de 1 hora.

Nivel 4 urgencia estándar: Estos pacientes son aquellos que acuden al servicio de urgencias con síntomas moderados. Este nivel no representa un riesgo para la vida, por lo que la atención médica puede esperar hasta 2 horas.

Nivel 5 no urgente: Este nivel representa pacientes que tengan síntomas o condiciones que no sean progresivas o no generan un riesgo para la salud.

5 Discusión-Conclusión

Los profesionales de enfermería dentro del servicio especial de urgencias trabajan con un equipo multidisciplinar, conformado por médicos de diferentes especialidades, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, celadores, administrativos... Los enfermeros realizan diferentes funciones dentro del servicio de urgencias algunas de las más importantes son:

- Estabilizar al paciente
- Registrar el diagnóstico y administrar el tratamiento que a prescrito el médico especialista
- Realizar todas las pruebas que nos indiquen.
- Diagnosticar, evaluar y tratar de una manera eficaz todas las necesidades de los pacientes en referencia con su salud.

- Gestionar recursos asistenciales siguiendo los principios de calidad y eficiencia.
- Garantizar que mientras su estancia sus necesidades están cubiertas.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/urgencias-emergencias>.
2. <https://ocronos.com/libros-publicados-isbn/enfermeria-urgencias-diagnostics-objetivos-actividades/>.
3. <https://www.il3.ub.edu/formate-como/enfermera-de-urgencias>.
4. <https://www.unir.net/salud/revista/enfermeria-urgencias/>.
5. <https://revistamedica.com/emergencias-urgencias-sanitarias/>.

Capítulo 140

ANSIEDAD Y MIEDO EN NIÑA DE 9 AÑOS DE EDAD

ANA JOAQUINA SUÁREZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La ansiedad es un mecanismo de defensa natural del organismo frente a estímulos externos o internos que son percibidos por el individuo como amenazantes o peligrosos, suele ir acompañada de síntomas de tensión o algún sentimiento desagradable.

Un cuadro inusual, patológico de ansiedad se conoce como trastorno de ansiedad. Los síntomas de la ansiedad pueden afectar tanto al plano físico como conductual y psicológico. Los podemos diferenciar en síntomas físicos, psicológicos y conductuales.

Físicos vegetativos: sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad; neuromusculares: temblores, tensión muscular, cefaleas, parestesias; cardiovasculares: palpitaciones, taquicardias, dolor precordial; respiratorio: disnea; digestivos: náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo; genitourinarios: micción frecuente, problemas de la esfera sexual.

Psicológicos y conductuales aprensión, preocupación; Sensación de agobio; miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte inminente; dificultad de concentración, sensación de pérdida de memoria; inquietud, irritabilidad, desasosiego; conductas de evitación de determinadas situaciones; inhibición o bloqueo psicomotor; obsesiones o compulsiones.

Los síntomas pueden superponerse, aparecer y desaparecer, aparecer conjuntamente, aislados o cambiar de un síntoma a otro de manera repentina.

Aquí vemos que el miedo, es un síntoma de ansiedad. Y podemos definir el miedo como una emoción desagradable provocada por la percepción individual de un peligro, bien sea real o irreal, que esté ocurriendo ahora en el presente o bien sea futuro, es más raro que sea a algo pasado.

La máxima expresión del miedo es el terror.

2 Objetivos

Dar a conocer un caso clínico acerca del miedo y la ansiedad en una niña de 9 años.

3 Caso clínico

Estamos ante un caso de una niña de 9 años que acude a urgencias por cuadro de agitación y crisis, su madre refiere que ayer en casa no consiguieron que estuviera tranquila ni que durmiera más de 2-4 horas. El resto del tiempo, llorando y diciendo "me viene mucho". Se manifiestan desbordados. Dicen que la niña quiso venir. Pregunto a la niña si quiere ir a casa y dice que sí. Luego le pregunto si pidió venir y también dice que sí.

Actualmente está a tratamiento con risperdal VO 0,75-0-0,75ml

La intensidad de la agitación y las voces que da es claramente sugestionable. Se aplaca mientras se habla con ella atiende, contesta. Se intensifica si se deja de hablar con ella o se aborda o "acorrala" su problema.

La familia tiene conductas patologizantes: la llevan en silla de ruedas, le dan aire, la llevan al baño 3 veces, cuando no lo necesita. En todo momento dan mucha importancia a cada movimiento que hace, y presentan actitud de desesperación. No órdenes claras ni asertividad en ningún momento. Desde el equipo de Urgencias se consigue aplacar la agitación mediante la sugestión verbal, Enfermería saca la analítica sin una sola voz. Se observa que la madre no deja en ningún momento de hablar con la hija "es muy buena y no se va a mover", "ya está acostumbrada a que la pinchen", "es muy fácil de pinchar".

Dada la evolución progresiva y la respuesta a sugestión verbal, se considera difícil que presente patología orgánica. No obstante se realiza analítica, exploración neurológica por el facultativo es rigurosamente normal, y la agitación se consigue controlar con dosis bajas de lorazepam + sugestión verbal. Da la impresión de que

la falta de capacidad de la familia para manejarla desviar su atención es un factor importante en este cuadro, puesto que otras personas sí somos capaces de aplacar su ansiedad.

Ingresa en planta para contribuir al control de las crisis con dosis bajas de benzodiacepinas y la sugestión verbal por parte del personal así como a cortar algunas de las conductas patologizantes de la familia.

Tras dos días de ingreso mantenemos a la niña con medicación de lorazepam 0,5-0-0,5 y risperdal 0,75-0-0,75ml, a la espera de realización de Electro encéfalo-grama y consulta con neurología, aunque si bien es cierto ya comentamos que no creemos en algo orgánico, sino psicológico, mañana tendrá consulta con salud mental, psiquiatra y psicólogo, intentamos controlar las crisis de ansiedad y ese miedo que le viene el cual ella no sabe ni explicar ni identificar.

Se realiza una entrevista con la niña y con la madre de forma aislada en la que la madre nos cuenta que hace dos meses la niña ha tenido un episodio de mareo/síncope aislado en la que dice sentirse en otro mundo, y desde ahí comenzó a comportarse de manera diferente, a sentir esos miedos y hasta ahora llegar a desarrollar estas crisis de angustia.

4 Discusión-Conclusión

Concluimos el caso con la obtención del objetivo principal que es hacer desaparecer los episodios de crisis, o por lo menos controlar cuando van a aparecer esas crisis para atajar la situación y evitar la aparición de las mismas.

Pero por otro lado no se conseguirá el resto de objetivos, como controlar ese nivel de ansiedad para que no llegue a desencadenarse la crisis, ni conciliar el sueño, ya que necesita la ayuda de benzodiacepinas para dormir, y no llega a dormir suficiente.

Realiza las comidas mas o menos en horario habitual pero no es capaz de llevar a cabo su rol diario de manera independiente y adaptada para su edad.

5 Bibliografía

[https://es.wikipedia.org/wiki/Ansiedad#:~:text=La%20ansiedad%20\(del%20lat%C3%ADn%20anxietas,de%20s%C3%ADntomas%20som%C3%A1ticos%20de%20tensi%C3%B3n.](https://es.wikipedia.org/wiki/Ansiedad#:~:text=La%20ansiedad%20(del%20lat%C3%ADn%20anxietas,de%20s%C3%ADntomas%20som%C3%A1ticos%20de%20tensi%C3%B3n.)

<https://psicoaresti.es/talleres/gestion-de-la-ansiedad-y-el-estres>

Capítulo 141

LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS DEFORMIDADES CRANEALES EN RECIÉN NACIDOS: EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA

CELIA ORTEGA ORTIZ

1 Introducción

Las deformidades craneales en los recién nacidos son un problema de salud prevalente, que afecta a un importante porcentaje de los lactantes. Existen principalmente dos tipos de deformidades craneales: la plagiocefalia y la braquicefalia. Ambas constituyen anomalías en la forma del cráneo que se producen debido a las presiones externas sobre el cabeza del bebé en los primeros meses de vida. La condición, sin embargo, es predominantemente estética y no suele estar asociada con retraso del desarrollo del niño.

La plagiocefalia, también conocida como cabeza plana, es una forma común de deformidad craneal, que provoca que la cabeza del lactante tenga una forma asimétrica. La plagiocefalia puede presentarse de dos maneras: sincrónica y posicional. La plagiocefalia sincrónica es una fusión temprana de las suturas craneales, mientras que la plagiocefalia posicional es mecánica y se debe a la presión sostenida sobre una porción particular del cráneo.

Por otro lado, la braquicefalia se refiere a una cabeza corta y ancha. Los niños con braquicefalia tienen ambos lados de la cabeza aplanados con una mayor anchura

respecto a la profundidad. Esta deformidad puede acompañarse de asimetrías faciales y desviación de la línea media.

Las deformidades craneales, aunque no ponen en peligro la vida, pueden generar preocupaciones estéticas y algunas veces problemas de salud a largo plazo, tales como asimetrías faciales e incluso problemas de audición y visión. Por lo tanto, su prevención y tratamiento son aspectos clave en la salud del neonato.

La prevención de estas deformidades incluye la educación de los padres y cuidadores sobre la posición del bebé mientras duerme y durante el tiempo de juego. El tratamiento, por otro lado, puede variar desde cambios en la posición del bebé hasta medidas más invasivas, como el uso de cascos o bandas craneales, fisioterapia y en casos extremos, cirugía.

Surgiendo en este contexto, el papel de la enfermería adquiere mayor relevancia. Las enfermeras juegan un papel fundamental tanto en la prevención como en el tratamiento de las deformidades craneales. Proporcionando educación sanitaria, detectando tempranamente la presencia de estas deformidades y guiando a los padres en las técnicas de reposicionamiento y en la toma de decisiones sobre los posibles tratamientos.

Este capítulo proporcionará un análisis en profundidad sobre la plagiocefalia y la braquicefalia en recién nacidos, su prevención y tratamiento, con especial énfasis en la educación para la salud. El rol crucial de la enfermería en la gestión de estas deformidades craneales también será abordado en esta revisión bibliográfica.

2 Objetivos

- Definir de manera precisa qué es plagiocefalia y braquicefalia, desglosando sus características, causas y consecuencias en el desarrollo y salud integral del neonato.
- Analizar los factores de riesgo asociados a la ocurrencia de estas deformidades craneales, con el fin de contribuir a su prevención.
- Revisar las estrategias de prevención actuales para estas deformidades, destacando la importancia de la educación sanitaria y la orientación a los padres o cuidadores en la adopción de hábitos saludables.
- Describir las alternativas de tratamiento que existen para la plagiocefalia y la braquicefalia.

3 Metodología

Para concretar los objetivos planteados en este capítulo, se ha optado por el enfoque de la revisión bibliográfica, la cual ha permitido una evaluación crítica y una síntesis de los estudios existentes sobre deformidades craneales en recién nacidos, específicamente plagiocefalia y braquicefalia.

En primer lugar, se llevaron a cabo búsquedas estructuradas en bases de datos biomédicas y de ciencias de la salud como PubMed, ScienceDirect, Cochrane Library y Google Scholar, con el fin de identificar literatura relevante. Las palabras clave utilizadas fueron: "deformidades craneales", "plagiocefalia", "braquicefalia", "prevención", "tratamiento", "educación para la salud" y "enfermería". Las búsquedas se limitaron a artículos publicados en inglés y español desde 2000 hasta 2021.

La selección de los estudios se llevó a cabo mediante un proceso de cribado en dos etapas. En la primera etapa se revisaron los títulos y resúmenes de los estudios identificados para excluir aquellos que claramente no cumplían con los criterios de inclusión. Posteriormente, se llevó a cabo un cribado completo de los textos completos de los artículos seleccionados para determinar su idoneidad final.

Los criterios de inclusión para los estudios seleccionados son los siguientes: estudios que se centren exclusivamente en las deformidades craneales, particularmente plagiocefalia y braquicefalia, en recién nacidos; estudios que ofrezcan datos sobre estrategias de prevención y tratamiento de dichas deformidades; investigaciones que aborden la educación para la salud de los padres y cuidadores; y finalmente, trabajos que destaquen el papel de la enfermería en el manejo del problema.

Los datos de los estudios seleccionados se extrajeron y se organizaron en base a su relevancia para los objetivos del capítulo. Se extrajeron datos demográficos, estudios de riesgo, detalles de intervenciones y resultados para entender el impacto clínico de las deformidades, las intervenciones preventivas y terapéuticas, los beneficios de la educación sanitaria y la contribución de la enfermería.

Este enfoque metodológico sistemático y riguroso ha permitido no sólo sintetizar los datos de los estudios existentes, sino también identificar lagunas en la actual base de conocimientos que podrían orientar la investigación futura en este ámbito.

Cabe destacar que la metodología adoptada sustenta una revisión exhaustiva, replicable y transparente de la literatura existente en plagiocefalia y braquicefalia, así como otras deformidades craneales en recién nacidos. Al recurrir a las mejores investigaciones disponibles, el capítulo mantiene altos estándares de rigor cien-

tífico al tiempo que proporciona una visión actual y práctica de la temática, útil tanto para investigadores como para profesionales de la salud.

4 Resultados

De la revisión bibliográfica llevada a cabo, se han obtenido resultados relevantes en torno a las deformidades craneales en recién nacidos, con un énfasis particular en la plagiocefalia y la braquicefalia.

Las publicaciones examinadas corroboran que la plagiocefalia es una deformidad craneal que se manifiesta como un achatamiento asimétrico en la cabeza del bebé, mientras que la braquicefalia se caracteriza por un acortamiento y ensanchamiento de la cabeza.

Las causas de estas deformidades varían. Una causa común de la plagiocefalia posicional es la presión continua en un lado del cráneo debido a que el bebé duerme en la misma posición la mayor parte del tiempo. La braquicefalia, por su parte, suele producirse por la presión constante en la parte trasera de la cabeza. Las consecuencias de estas deformidades son predominantemente estéticas, pero en algunos casos se han documentado problemas visuales y auditivos, así como asimetrías faciales.

Entre los factores de riesgo identificados en la literatura se cuentan el parto múltiple, la tortícolis congénita, el sexo masculino, la prematuridad y la posición supina para dormir continuamente.

En cuanto a la prevención, los estudios investigados destacan la importancia de la rotación frecuente de la posición del bebé durante el sueño, así como el fomento del tiempo boca abajo cuando están despiertos.

En lo que respecta al tratamiento, se sugiere iniciar con medidas conservadoras como cambios en la posición del bebé, fisioterapia y, si fuera necesario, el uso de dispositivos de moldeamiento craneal. La cirugía se reserva para casos graves en los que dichas intervenciones no hayan sido efectivas.

La literatura pone de relieve el importante papel de la enfermería en la detección temprana y el seguimiento de las deformidades craneales. Las enfermeras también desempeñan un rol crucial en la educación para la salud, instruyendo a los padres y cuidadores sobre la prevención y manejo de estas condiciones.

En resumen, los resultados obtenidos de la revisión bibliográfica, ofrecen un panorama amplio y detallado sobre el problema de las deformidades craneales en recién nacidos. Los hallazgos proporcionan datos importantes para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de estas condiciones, al tiempo que destacan la relevancia de la enfermería en el manejo de estas deformidades.

5 Discusión-Conclusión

Es evidente que existe una amplia variedad de factores de riesgo para estas deformidades, alguno de los cuales son prevenibles. La prevención es, en efecto, uno de los aspectos más sobresalientes tomado de la literatura revisada. La variación de posición durante el sueño del bebé y el tiempo boca abajo cuando están despiertos, parecen ser estrategias efectivas de prevención[15]. Sin embargo, a pesar de las recomendaciones existentes, la aplicación de estas estrategias en la práctica es inconsistente, lo que resalta la importancia de mejorar la educación de los padres y los cuidadores.

En relación con el tratamiento, este capítulo establece que las medidas conservadoras deberían ser la primera línea de acción. Si bien el uso de cascos y bandas podría ser útil en casos moderados a graves, la cirugía raramente se indicará, reservándose solo para casos extremos.

La contribución de la enfermería en este ámbito es muy importante. Este estudio refuerza la idea de que las enfermeras desempeñan un papel esencial en la detección temprana de estas deformidades, el seguimiento regular, así como la educación de los padres acerca de las estrategias de prevención y tratamiento. Esto remarca la necesidad de que las enfermeras estén debidamente formadas y conscientes de la importancia crítica de su rol en este dominio.

Sorprendentemente, mientras que el análisis ha brindado una descripción detallada de la prevención y el manejo de la plagiocefalia y braquicefalia, revela que todavía hay detalles por aprender. La prospectiva práctica de varios tratamientos y medidas de prevención resalta la necesidad de más estudios cuantitativos de alta calidad para guiar las futuras recomendaciones prácticas.

Los resultados obtenidos subrayan la necesidad de mejorar la educación de los padres y cuidadores sobre estas deformidades y sus consecuencias; hacer un uso más eficaz de las estrategias de prevención; y aumentar el conocimiento y la participación de las enfermeras en el proceso de manejo. Al mismo tiempo, destacan la necesidad de más investigación para continuar llenando los vacíos en nuestro conocimiento de estas condiciones.

6 Bibliografía

1. Loveday BP, de Chalain TB. Active counterpositioning or orthotic device to treat positional plagiocephaly? *J Craniofac Surg*. 2001;12(4):308-13.
2. Peitsch WK, Keefer CH, LaBrie RA, Mulliken JB. Incidence of cranial asymmetry in healthy newborns. *Pediatrics*. 2002;110(6):e72.

3. Speltz ML, Collett BR, Stott-Miller M, Starr JR, Heike C, Wolfram-Aduan AM, et al. Case-control study of neurodevelopment in deformational plagiocephaly. *Pediatrics*. 2010;125(3):e537-42.
4. Bialocerkowski A, Vladusic S, Howell S. Conservative interventions for positional plagiocephaly: a systematic review. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 2008;47(8), 563-570.
5. Robinson S, Proctor M. Diagnosis and management of deformational plagiocephaly. *Journal of Neurosurgery: Pediatrics*. 2009;3(4), 284-295.
6. van Vlimmeren LA, van der Graaf Y, Boere-Boonekamp MM, L'Hoir MP, Helders PJ, Engelbert RH. Effect of pediatric physical therapy on deformational plagiocephaly in children with positional preference: a randomised controlled trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2008;162(8):712-718.
7. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*. 2009;6(7):e1000097.
8. Wells GA, Shea B, O'Connell D, Peterson J, Welch V, Losos M, Tugwell P. The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses. Ottawa: Ottawa Hospital Research Institute; 2014.
9. Munn Z, Moola S, Lisy K, Riitano D, Tufanaru C. Methodological guidance for systematic reviews of observational epidemiological studies reporting prevalence and cumulative incidence data. *Int J Evid Based Healthc*. 2015;13(3):147-53.
10. Hutchison BL, Hutchison LA, Thompson JM, Mitchell EA. Plagiocephaly and brachycephaly in the first two years of life: a prospective cohort study. *Pediatrics*. 2004;114(4):970-80.
11. Laughlin J, Luerksen TG, Dias MS, Committee on Practice and Ambulatory Medicine, Section on Neurological Surgery. Prevention and management of positional skull deformities in infants. *Pediatrics*. 2011;128(6):1236-41.
12. Kluba S, Kraut W, Calgeer B, Reinert S, Krimmel M. Treatment of positional plagiocephaly - Helmet or no helmet? *J Craniomaxillofac Surg*. 2014;42(5):683-8.
13. Graham Jr T, Gomez M, Halberg A, Earl DL, Kreutzman JT, Cui J, et al. Management of deformational plagiocephaly: repositioning versus orthotic therapy. *J Pediatr*. 2005;146(2):258-62.
14. Peitsch WK, Keefer CH, LaBrie RA, Mulliken JB. Incidence of cranial asymmetry in healthy newborns. *Pediatrics*. 2002;110(6):e72.
15. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. SIDS and other sleep-related infant deaths: Expansion of Recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics*. 2011;128(5):1030-1039.
16. Flannery AB, Looman WS, Kemper K. Evidence-based care of the child

with deformational plagiocephaly, Part II: Management. *J Pediatr Health Care*. 2012;26(5):320-31.

17. Karmel-Ross K, Leijser LM, Miller SP, Bueno AM, Bigsby R, Hallam DJ, et al. Implementation of a nurse-delivered postnatal movement intervention for infants at high risk: Check, Attend, Play, Interact, Look, and Listen (CAP-IT). *Res Dev Disabil*. 2021;111:103877.

18. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. SIDS and other sleep-related infant deaths: Expansion of Recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics*. 2011;128(5):1030–1039.

19. Flannery AB, Looman WS, Kemper K. Evidence-based care of the child with deformational plagiocephaly, Part II: Management. *J Pediatr Health Care*. 2012;26(5):320-31.

20. Karmel-Ross K, Leijser LM, Miller SP, Bueno AM, Bigsby R, Hallam DJ, et al. Implementation of a nurse-delivered postnatal movement intervention for infants at high risk: Check, Attend, Play, Interact, Look, and Listen (CAP-IT). *Res Dev Disabil*. 2021;111:103877.

Capítulo 142

EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ANTE LA IMPLANTACIÓN DE UN MARCAPASOS: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

TAMARA VILLANUEVA RODRIGO

ANDREA DANIELA SUCIUC SUCIUC

1 Introducción

Según la RAE, las arritmias se conocen como "contracciones cardíacas irregulares y erráticas" o arritmias. Este cambio puede ocurrir de tres maneras:

Taquicardia: el corazón late demasiado rápido de manera regular. Eso es más de 100 veces por minuto. Bradicardia: el corazón a menudo late demasiado lento. Es decir, menos de 50 latidos/minuto.

Arritmia irregular: el corazón late de manera caótica, ya sea rápido o lento.

La atención de pacientes con marcapasos permanente incluye un enfoque multidisciplinario de atención individualizada entre el equipo de atención primaria y la atención especializada para llegar a un plan de atención integral que se adapte a las necesidades del paciente y se requiere evaluación.

Los estudios analizados hasta el momento reflejan la presencia de enfermeras durante todo el proceso: antes del diagnóstico, durante la cirugía, al alta y post-tratamiento hasta el final del día, y estas personas son las encargadas de brindar cuidados, garantizar una calidad de vida óptima y una rápida recuperación a través de adecuada adaptación mientras obligas a tu equipo a seguir entrenando.

Por lo tanto, el enfermero como facilitador del cuidado holístico y promotor del cuidado integral es fundamental en el cuidado de los pacientes en etapa de transición y terminal.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo de libro consiste en: Conocer algunas de las recomendaciones necesarias para mejorar la utilización del marcapasos.

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

Atención preoperatoria e intraoperatoria:

- Comunicar claramente al paciente y la familia sobre el nivel de comprensión del procedimiento a realizar, cuánto tiempo llevará el procedimiento y cómo se explicará el procedimiento para garantizar la cooperación adecuada y la máxima comodidad.
- Asegurarse de que el paciente o su representante legal haya firmado el consentimiento informado y haya ayunado las 6 horas previas a la cirugía.
- Asegurarse de que todas las pruebas necesarias estén incluidas en el historial médico.
- Garantizar la máxima esterilidad durante el procedimiento mediante la preparación de las zonas íntimas.
- Insertar una vena periférica en el brazo opuesto al sitio del implante y verificar su permeabilidad.
- Monitorizar las constantes vitales del paciente mediante monitor antes y durante la técnica para detectar anomalías, con la frecuencia descrita en el protocolo del hospital y siempre que la situación clínica lo requiera.
- Controlar completamente el electrocardiograma (ECG) de su paciente.

- Realice un seguimiento de los cambios del paciente informando a los reanimadores y registrando la atención según sea necesario.

- Si hay sangrado en el sitio de punción: Aplicar presión local y aplicar hielo.

Cuidados postoperatorios: La atención después de que finaliza la cirugía se puede dividir en atención inmediata y atención tardía. El primer día, el paciente será ingresado en la unidad de cuidados intensivos. (UCI) durante 24-48 horas.

- Cuidado inmediato: Prevención de infecciones: el sitio de la incisión debe revisarse diariamente y durante la cirugía para detectar enrojecimiento, hinchazón, dolor o sangrado inusuales hasta que la incisión esté completamente curada.

Realizando esta técnica en condiciones asépticas máximas, el sitio del injerto se cicatriza diariamente y se cubre con un apósito estéril. Este soporte se monitorea hasta que la incisión quirúrgica se cierra por completo. Evitar el hematoma del reservorio subcutáneo como se comenta en el apartado de Complicaciones. Durante las primeras 24 horas, aplicar un peso pesado y un enfriamiento tópico en el área antes mencionada y un vendaje de compresión. Continuar tomando esta medida en casa la semana siguiente. Inmovilizar el brazo durante las próximas 24 horas. Reanudar la ingesta según tolerancia. Radiografía de tórax para confirmar la colocación de los electrodos.

Tras realizar técnicas de detección de anomalías, monitorizar las constantes vitales del paciente con la frecuencia especificada en el protocolo del centro hospitalario y siempre que la situación clínica lo requiera. Mida los parámetros del marcapasos y ajústelos si es necesario. ECG de 12 derivaciones.

Si todo va bien, puede irse a casa con su informe médico y la identificación del marcapasos. Citación de consulta médica intensiva para seguimiento de marcapasos, según protocolo y estado del paciente. Atención al alta y posterior al alta:

- Una enfermera de atención primaria examinará y tratará regularmente la herida y retirará las suturas 8-10 días después del procedimiento.

- Vigilar fluidos corporales, hematomas y temperatura del paciente.

- Monitorear rechazo de marcapasos con síntomas como fiebre, fluctuaciones locales de marcapasos.

- Durante el primer mes, especialmente la primera semana, no apoyar esta zona, no hacer movimientos bruscos ni levantar objetos pesados de costado.

5 Discusión-Conclusión

Como ya hemos mencionado en la introducción, el personal de enfermería es aquel profesional sanitario que su función es atender de la mejor manera posible a los pacientes que acuden al centro sanitario. Para ello, es muy importante que

este personal de enfermería no solo tenga los conocimientos necesarios para ello, sino que ha de tener una gran vocación por el servicio que presta.

El personal de enfermería está preparado para actuar en distintas áreas de un centro hospitalario. El marcapasos artificial definitivo ha demostrado ser un reto pero a la vez el tratamiento ideal para establecer un ritmo cardíaco regular y adecuado, gracias a la capacidad de este invento, de conseguir que las personas que lo portaban, recuperasen su vida plena anterior la actuación de enfermería en este ámbito se ha vuelto indispensable en todas sus fases, desde que se le diagnostica la alteración en el ritmo cardíaco, hasta que pasa por el quirófano y permanece hospitalizado.

6 Bibliografía

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

Capítulo 143

ATENCIÓN INTEGRAL EN EL POSTPARTO. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

MARÍA FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ

CÉSAR FRANCISCO VERDEJO

1 Introducción

La lactancia materna (LM) es la forma fisiológica de alimentación del ser humano durante las primeras etapas de la vida a través de la leche producida en el seno materno.

La leche materna es el alimento líquido natural producido por la glándula mamaria de las mujeres al finalizar su embarazo. En la actualidad, diferentes instituciones nacionales e internacionales la consideran el alimento más completo que se puede suministrar a los recién nacidos debido a su composición, la cual proporciona los nutrientes necesarios para un correcto desarrollo y crecimiento. Además, produce beneficios en la madre y el recién nacido (RN) tanto de forma inmediata como a largo plazo. En condiciones de normalidad, prácticamente todas las mujeres pueden amamantar.

La OMS y UNICEF recomiendan la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, la introducción de alimentos de forma progresiva y segura a partir de entonces, y el mantenimiento de la lactancia materna combinada hasta los 2 años o más. Según el Instituto Nacional de Estadística la duración media de la lactancia materna en España es de 3 meses aproximadamente debido a diferentes motivos.

Estableciendo una correcta técnica de amamantado se reduce considerablemente la aparición de las complicaciones más frecuentes.

Los indicadores de una postura correcta son:

- Cabeza y cuerpo del bebe y de la madre alineados.
- La madre se sitúa en la postura elegida apoyando bien espalda y pies.
- Se coloca al bebé perpendicular a la orientación del pezón. Se enfoca nariz – pezón.
- El pezón ha de quedar apuntando al paladar del bebé.
- El pecho no ha de ir hacia el bebé, facilitar que el niño sea es que vaya al pecho.
- La cabeza del bebé no ha apoyarse en la flexura del codo, sino en el antebrazo.
- La madre no sujeta al bebé por las nalgas con esa mano, sino que ésta queda a mitad de la espalda, aunque puede sujetarlo con la otra.
- Es recomendable evitar el uso de ropa o mantas que aumenten la distancia del bebe al pecho.

Los indicadores de un agarre correcto son:

- La cabeza del RN queda bien enfrentada al pecho de la madre.
- La boca del RN está abierta en su máxima amplitud posible y los labios evertidos.
- El pezón y la mayor parte de la areola quedan dentro de la boca del RN.
- Las mejillas se observan redondas y sin hoyuelos.
- La mandíbula inferior se mueve de arriba hacia abajo.
- El pezón y la mayor parte de la areola quedan dentro de la boca del RN.
- La lengua del RN envuelve con la lengua el pezón por la parte inferior.

2 Objetivos

- Describir los beneficios que obtiene la madre con la LM.
- Exponer los beneficios que obtiene el RN con la LM.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una investigación cuyo diseño atiende al de una revisión bibliográfica narrativa de la literatura científica. Para desarrollar esta revisión se han realizado búsquedas de literatura científica a través de las principales plataformas y bases de datos tales como Pubmed, Scielo, Science Direct y Google académico. Se recogen artículos publicados y guías de práctica clínica.

4 Resultados

Beneficios para la madre:

1. Beneficios psicoafectivos

La leche materna puede producir diferentes beneficios psicológicos para la madre, entre ellos se encuentran los siguientes:

- Ayuda a culminar el proceso de adaptación a la maternidad, ya que el momento del postparto puede ser complicado para la madre (miedos, expectativas, cambios hormonales...). Puede ayudar a aumentar la autoestima de la madre.
- Disminuye el estrés y la ansiedad de este momento de su vida (así puede bajar de forma considerable la probabilidad de sufrir depresión postparto).
- Ayuda a crear un vínculo entre madre-hijo bastante considerable.
- Puede ser una forma de perder el peso ganado durante el proceso del embarazo y ayuda a prevenir la anemia postparto. También hay menos riesgo de tener hipertensión. Todo esto psicológicamente puede ayudar a la madre a verse mejor físicamente.

2. Beneficios biológicos

- Pierden peso que han ganado durante el embarazo más rápidamente.
- Es más difícil que padezcan anemia tras el parto.
- Menos riesgo de hipertensión.
- Menos riesgo de depresión postparto.
- Existen menos posibilidades de padecer cáncer de mama y de ovarios.
- Acelera la involución uterina lo cual produce una pérdida de sangre menor lo que hace que haya menor riesgo de hemorragia postparto.
- Recuperación del útero.
- Menor riesgo de aparición de osteoporosis.

3. Beneficios económicos

La lactancia materna no supone ningún gasto económico para la madre, no solo supone un ahorro en leche artificial y en los biberones, sino que también supone evitar consultas médicas e ingresos que suceden con bebés alimentados con leche artificial.

Según la Academia Americana de Pediatría aseguró que, si durante 6 meses el 90% de las madres amamantaran de forma exclusiva a sus hijos, se ahorrarían 13 mil millones de dólares al año.

Al no tener que gastar tanto dinero y tiempo en preparar la leche e ir a comprarla, la madre puede pasar más tiempo con su bebé.

4. Confort

La lactancia materna siempre se encuentra a una temperatura que resulta adecuada. La leche no sufre ningún deterioro, no se contamina y no necesita de ningún utensilio. Siempre la leche se encuentra limpia, en buenas condiciones de frescura y no hace falta esterilizar ningún envase.

Beneficios para el lactante:

1. Beneficios nutricionales

Desde el punto de vista nutricional, la leche materna es superior a las fórmulas derivadas de la leche de vaca y de otras fuentes, ya que contiene los nutrientes necesarios en las proporciones adecuadas para el lactante.

Contiene enzimas digestivas y se encuentra en el pH adecuado para facilitar la digestión y absorción de nutrientes.

Además, no produce irritación intestinal, ni reacciones alérgicas.

2. Beneficios inmunológicos

El recién nacido tiene un sistema inmune inmaduro y está expuesto a gran cantidad de microorganismos extraños desde el mismo momento de su nacimiento. El 90% de las infecciones que afectan a los seres humanos utiliza las mucosas como puerta de entrada, por lo que la capacidad inmunomoduladora que confiere la leche materna es de vital importancia desde el periodo neonatal.

La evidencia científica muestra datos significativos de la LM en la prevención de: sobrepeso, infecciones, diarrea, asma y alergias infantiles.

3. Beneficios biológicos

Favorece el desarrollo físico e intelectual gracias a la cantidad de ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga que contiene y que son necesarios para el crecimiento del cerebro ya que el 85% de su desarrollo se produce durante los tres primeros años de vida.

- Físicos:

Reflejos primarios: Son respuestas innatas del SNC que permiten el desarrollo desde el inicio del nacimiento. Es muy importante tanto la aparición como la desaparición correcta de éstos para lograr un desarrollo evolutivo. Con la lactancia se favorece la aparición de los siguientes:

1. De succión: colocación de la boca – alimentación.
2. Gasping o Presión palmar: cierre de la mano - manipulación.
3. De Galant: inclinación del tronco - preparación gateo y marcha.

- Intelectuales

Aumentan las capacidades: verbales y de ejecución. Además, su desarrollo contribuye directamente en la estimulación de las capacidades motoras y funcionales.

4. Beneficios psicoafectivos

Las primeras horas de vida del bebé son cruciales, es por esta razón que iniciar de una manera precoz la LM provoca una vinculación afectiva entre la madre y el bebé y el íntimo contacto corporal permite al bebé reconocer el olor de su madre. Si sus necesidades de alimento se satisfacen con amor, cariño, ternura aprenden a formar su primer afecto importante. Además, está demostrado que la distancia que hay entre ellos es idónea para que el RN pueda enfocar la visión mirarla, olerla, saborear el alimento y contactar con su piel.

La LM facilita la construcción sólida de este vínculo, porque durante la toma la madre acaricia al infante le habla, le canta, le sonríe y poco a poco el bebé comienza a corresponderle.

La mujer que no amamanta a su hijo también crea una relación afectiva intensa, sin ninguna duda, pero no existe un contacto físico tan íntimo producido por la vía de alimento, como es la LM.

5 Discusión-Conclusión

Hay que tener en cuenta que el bebé proviene de un espacio oscuro y cerrado y va hacia un lugar lleno de luces, ruidos y por lo tanto se siente seguro con el contacto y presencia física continua. La LM promueve un vínculo en crecimiento entre la madre y el lactante que continuará siendo muy importante en el desarrollo del RN.

Por eso es importante la difusión de los beneficios que aporta la LM entre todos los profesionales que atendemos a los padres antes, durante y después del parto para fomentar su práctica y realizar las recomendaciones que precisen en cada momento según sus necesidades particulares.

6 Bibliografía

1. María José Aguilar Cordero, Antonio Manuel Sánchez López, Nayra Madrid Baños, Norma Mur Villar, Manuela Expósito Ruiz y Enrique Hermoso Rodríguez. Lactancia materna como prevención del sobrepeso y la obesidad en el niño y el adolescente; revisión sistemática. Nutr. Hosp. vol.31 no.2 Madrid feb. 2015
2. Rosa Pallás Alonso C, Soriano Faura J, Colomer Revuelta J, Cortés Rico O, Jesús Esparza Olcina M, Galbe Sánchez-Ventura J. Apoyo a la lactancia materna en Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria. 2019; 21:191–201.
3. Beneficios psicológicos de la lactancia materna. New Mother's Guide to Breast-feeding, 2nd Edition. 11/21/2015

4. Paulina Brahma y Verónica Valdés. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. Rev. chil. pediatr. vol.88 no.1 Santiago 2017

Capítulo 144

EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO DESDE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

MARÍA MÉNDEZ QUIÑONES

EVA CEÑAL DE ÁVILA

ALBA IGLESIAS QUINTANA

1 Introducción

El suicidio siempre ha sido un tema tabú a nivel social, el estigma existente en torno a él ha hecho que durante décadas las muertes por esta causa hayan parecido casi inexistente, estando lejos de las principales preocupaciones a nivel de políticas sanitarias. Sin embargo, en la actualidad los datos demuestran que este es un problema de salud pública que arroja cifras escalofriantes en la crónica nacional.

En España, en el año 2018, 3.539 personas se quitaron la vida, cifra que aumentó a 4.097 muertes en 2022. Tal y como muestran los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística, la cifra de suicidios consumados tras la pandemia de 2020 ha aumentado notablemente, alcanzando en la actualidad su máximo exponente. Importantes organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS) insisten en la necesidad de formar al personal sanitario, y más concretamente a las enfermeras, en la prevención del suicidio, y con ello en la identificación temprana

de señales suicidas, siendo esto básico para poder intervenir y ofrecer ayuda a los colectivos más vulnerables.

En definitiva, el papel de las enfermeras en la prevención de la conducta suicida es esencial, mostrándose estas como agentes de salud con una capacidad óptima para abordar, y con ello prevenir el riesgo suicida a nivel social.

2 Objetivos

Objetivo general:

Analizar el papel de la enfermera en la prevención del suicidio desde la consulta de atención primaria.

Objetivos específicos:

Describir los principales métodos de identificación de la conducta suicida.

Describir los beneficios de la formación de las enfermeras en la prevención del suicidio.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la literatura en diversas bases de datos, destacándose, Pubmed, Lilacs, Scielo y Elsevier. Así como, en buscadores como Google Académico, y en entidades oficiales como es la Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental (SEPSM).

Se seleccionaron documentos publicados en los últimos 5 años, escritos tanto en inglés como en español. Se admitieron tanto artículos originales, como revisiones sistemáticas, comenzándose inicialmente con una búsqueda general, libre y anárquica en relación con la cuestión a abordar, y continuándose con búsqueda exhaustiva y rigurosa, que respondiese a los presentes objetivos.

4 Resultados

Parece indiscutible el hecho de que el suicidio constituye actualmente un auténtico problema de salud pública a nivel nacional, siendo el abordaje y la prevención de la conducta suicida uno de los mayores desafíos a los que se enfrenta la sociedad actual.

A nivel mundial cada cuarenta segundos se registra una muerte por suicidio. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los suicidios producen más

muerter que los homicidios y guerras conjuntamente, situándose la cifra de suicidios mundiales anuales en torno a 800.000 personas.

En España, el suicidio representa actualmente la primera causa de muerte no natural, multiplicando por dos a los accidentes de tráfico, por trece a los homicidios y por sesenta a las muertes por violencia de género. Se estima que cada dos horas y media se consuma una ideación suicida, cifrándose en torno a diez los actos registrados diariamente.

Se ha demostrado que, desde las consultas de atención primaria, una detección precoz de los colectivos más vulnerables y con ello de los factores de riesgo, puede disminuir notablemente el número registrado de suicidios consumados.

Las enfermeras han demostrado su capacidad óptima para realizar una valoración exhaustiva del riesgo suicida, centrándose tanto en los factores internos, es decir, la psicopatología y la personalidad del paciente, como en los factores externos, destacándose dentro de estos los antecedentes personales y los acontecimientos vitales.

Así mismo, el fomento del papel de las enfermeras en la gestión de la prevención del suicidio, hace que estas se muestren como agentes de salud que no solo brindan un apoyo emocional a los usuarios previniendo desenlaces indeseados, sino que también favorecen una mejora en la adhesión a los tratamientos y con ello un manejo impecable de las situaciones de extrema urgencia.

5 Discusión-Conclusión

El suicidio constituye un auténtico problema de salud pública, a nivel nacional las cifras se han incrementado notablemente tras la pandemia de 2020, siendo, por tanto, las políticas sociales en materia de prevención una necesidad actual a nivel social.

La inclusión de las enfermeras en la prevención del suicidio tiene un valor incalculable, ayudando a identificar situaciones de riesgo de manera temprana, y fomentando una gestión óptima de las mismas, preservando el bien más preciado para cualquier ser humano, la propia vida.

En definitiva, el suicidio y con ello la realidad existente en torno a él en España, debe dejar de verse como un tema tabú a nivel social, favoreciéndose así desde los equipos sanitarios una identificación temprana de los colectivos más vulnerables y con ello una prevención de desenlaces indeseados.

6 Bibliografía

1. Arques Egea, Sergio. (2022, octubre 3). ¿Cómo podemos prevenir el suicidio desde Atención Primaria? Live-Med. Recuperado el 10 de octubre de 2023: <https://www.livemed.in/es/blog/como-podemos-prevenir-el-suicidio-desde-atencion-primaria/>
2. Guerrero Fuertes, Paula. Lobera Lahoza, Elena. Fickinger Gracia, Alicia. Cardiel Bergasa, Jara. Ruiz Traid, Jesús. Benito-Ruiz, Eva. (2022, noviembre 17). El papel de la enfermería en la prevención del suicidio. Revista Sanitaria de Investigación (RSI). Recuperado el 10 de octubre de 2023: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-papel-de-enfermeria-en-la-prevencion-del-suicidio/?utm_content=cmp-true
3. Redacción conSalud. (2023, octubre 10). La importancia de las enfermeras de salud mental: clave en la identificación de riesgo de suicidio. Recuperado el 10 de octubre de 2023: https://www.consalud.es/profesionales/importancia-enfermeras-salud-mental-clave-en-identificacion-riesgo-suicidio_135476_102.html
4. Salvo G., Lilian, Florenzano U., Ramón, & Gómez Ch., Alejandro. (2021). Evaluación y manejo inicial de las ideas e intentos de suicidio en atención primaria. Revista médica de Chile, 149(6), 913-919. Recuperado el 11 de octubre de 2023: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872021000600913&script=sci_arttext
- Gabilondo, Andrea. (2020). Prevención del suicidio, revisión del modelo OMS y reflexión sobre su desarrollo en España. Informe SESPAS 2020. Gaceta Sanitaria, 34(1), 27-33. Recuperado el 11 de octubre de 2023: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911120301400>

Capítulo 145

LA EPILEPSIA EN LA EDAD ESCOLAR

NOELIA ANTÓN RUANO

MARIA EUGENIA DIAZ SERRANO

MARIA ORTEGA ABENGOZAR

DARÍO DEL RÍO MARTÍN

1 Introducción

La epilepsia es una enfermedad crónica del sistema nervioso central que se presenta de forma repentina y espontánea desencadenando una actividad eléctrica excesiva en un grupo de neuronas hiperexcitables.

Esta actividad eléctrica descontrolada provoca que el paciente tenga convulsiones repetidas durante un tiempo, es decir, su actividad cerebral normal se ve alterada provocando estas convulsiones o comportamientos inusuales, a veces con pérdida de la conciencia.

Vamos a diferenciar entre el concepto de convulsión y epilepsia, ya que son conceptos que pueden llevar a equivocación, por un lado, tenemos las convulsiones que son descargas anormales del cerebro y, por otro lado, tenemos la epilepsia, donde las personas afectadas con este trastorno neurológico suelen sufrir convulsiones. Por lo tanto, no toda la persona que tiene convulsiones es epiléptica pero la epilepsia sí es un trastorno que causa convulsiones.

Las convulsiones pueden ser:

- Focales. Afectan a una parte del cerebro y en consecuencia a las actividades del cuerpo relacionadas con esta parte. Puede ser simple parcial sin pérdida de conciencia o simple compleja y con pérdida de conciencia.

- Generalizadas. En este tipo se ve afectado todo el cerebro y tenemos pérdida de conciencia.

Existen muchas causas o factores que pueden desencadenar las convulsiones pero aquí vamos a hablar de dos tipos: Las febriles y las asociadas a la epilepsia.

Las convulsiones febriles suelen darse entre los 3 meses de vida y los 5 años y están asociadas como su nombre indica a la fiebre en el niño, siempre y cuando no haya otra causa a la cual atribuirlo como puede ser una infección del sistema nervioso central. Hay mayor incidencia en niños que en niñas.

Características:

- Suele darse en las primeras 24 horas desde que aparece la fiebre.
- La duración es inferior a 15 minutos y se manifiesta con disminución del nivel de conciencia y crisis tónico clónicas en la mayor parte de los casos.
- En muchos casos hay antecedentes familiares y con la edad suele ir desapareciendo.

Epilepsia

Según la OMS, la epilepsia es “un trastorno crónico del cerebro, no transmisible, que afecta a personas de todas las edades en todo el mundo y se caracteriza por convulsiones recurrentes no provocadas”.

La epilepsia está causada por muchas cosas pero en la mayoría de los casos se desconoce la causa.

Algunas de las causas pueden ser las siguientes:

- Malformaciones congénitas, tumores.
- Traumatismos craneoencefálicos severos
- Daños cerebrales perinatales a veces causados por una falta de oxígeno o infecciones de la madre en el embarazo.
- Alteraciones genéticas.
- Infecciones del sistema nervioso central como la meningitis.
- Fiebres altas en niños pequeños, conocidas como hemos visto antes como convulsiones febriles.

No obstante, como ya hemos dicho, en la mayoría de los casos se desconoce la causa. Alrededor del 70% de las epilepsias son de origen desconocido.

Por otro lado, las personas con epilepsia suelen ser más sensibles a estímulos y existen algunos factores que desencadenan las crisis como son:

- La falta de sueño y el estrés.
- Desorden en las comidas.
- Saltarse alguna dosis del tratamiento.
- Ruidos fuertes o luces estresantes.

2 Objetivos

Ver de que manera puede afectar la epilepsia en la edad escolar así como repasar lo que podemos hacer los profesionales para que estos niños tengan una infancia y una educación lo más normal posible dentro del ámbito escolar.

3 Metodología

Este capítulo se ha escrito tras consultar y revisar diferentes bibliografías en las principales bases de datos de enfermería como son Pubmed, Medline, Scielo además de usar como principal buscador el Google Académico para revisar y sacar información de múltiples artículos.

Las palabras clave para la búsqueda han sido: epilepsia infantil, enfermería escolar, convulsiones

4 Resultados

Los datos de la Sociedad Española de Neurología en España hay alrededor de 400,000 personas que padecen epilepsia lo que supone que 3 de cada 100 españoles a lo largo de su vida padecerá esta enfermedad siendo los niños pequeños los que mayor riesgo tiene de padecerla, de hecho es la emergencia neurológica pediátrica más frecuente con una incidencia de 18-23 casos por cada 100,000.

Aproximadamente el 75% de los niños con epilepsia van a tener un nivel escolar normal mientras que el resto pueden tener un bajo rendimiento o una dificultad de adaptación al colegio.

Que el rendimiento escolar no sea normal va a depender de múltiples factores como son el que tenga crisis muy frecuentes, que la medicación que tomen les pueda afectar al nivel de concentración y memoria, la capacidad intelectual cuando esta epilepsia está causada por algún síndrome o alteración neurológica siendo también muy importante la manera de gestionar la enfermedad por parte de los padres y la familia.

Llegados a este punto, nos damos cuenta de la importancia que tiene la enfermería escolar, ya que ante estos casos aparte de ser ella quien se ocupe de atender al niño durante la crisis también puede ser quien instruya a los profesores de como deben actuar en estos casos igual que es muy importante explicar a los compañeros en que consiste esta enfermedad y así puedan entender que su compañero es un niño normal como ellos y como tal deben tratarlo, ya que otro de los

problemas que causa esta enfermedad en los niños es el rechazo al que muchas veces están sometidos.

Como ya hemos dicho la mayor parte de los niños van a tener una escolarización normal, sin intervenciones ni refuerzos, pero existe una pequeña parte, que son aquellos con otras enfermedades asociadas o un mal control de las crisis que sí va a necesitar ayuda por parte del equipo de orientación o incluso estar escolarizados en centros especiales.

5 Discusión-Conclusión

Un niño con epilepsia debe estar escolarizado como cualquier otro niño de su misma edad. Las crisis epilépticas causan miedo en las personas que están alrededor pero esto se debe sobre todo al desconocimiento que existe ante esta enfermedad, por eso es muy importante

Por un lado, que los padres comuniquen en el centro del menor que su hijo padece epilepsia así como la medicación que toma el menor, los efectos que esta puede tener y sobre todo como deben actuar ante una crisis.

La escolarización del niño estará condicionada por la presencia o no de otros trastornos neuronales y psicológicos pero desde luego no por las crisis epilépticas.

6 Bibliografía

1. Aprender con epilepsia. El niño epiléptico en la escuela [Internet]. Familia y Salud. 2018 [citado el 15 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.familiaysalud.es/salud-y-escuela/educacion-primaria/los-problemas-de-salud/los-ninos-con-enfermedad-cronica/aprender>
2. Aula Virtual Epilepsia: EPILEPSIA EN EL ÁMBITO EDUCATIVO [Internet]. Easp.es. [citado el 15 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.easp.es/virtual/docencia/mod/forum/discuss.php?d=74327>
3. Epilepsia [Internet]. Medlineplus.gov. [citado el 15 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000694.htm>
4. Epilepsia [Internet]. <https://www.cun.es>. [citado el 15 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/epilepsia>

Capítulo 146

ANÁLISIS DEL COLECTOR RECTAL COMO DISPOSITIVO DE RECOLECCIÓN DE MUESTRAS EN EL DIAGNÓSTICO

MARIA EUGENIA DIAZ SERRANO

NOELIA ANTÓN RUANO

MARIA ORTEGA ABENGOZAR

DARÍO DEL RÍO MARTÍN

1 Introducción

El colector rectal presenta diversas ventajas en comparación con otros métodos de recolección de muestras. En primer lugar, es un procedimiento no invasivo que minimiza la incomodidad y el riesgo de complicaciones para el paciente. Además, permite la obtención de muestras en un corto período de tiempo y evita la necesidad de procedimientos más invasivos, como la colonoscopia. El colector rectal también puede ser utilizado en pacientes con restricciones o dificultades para proporcionar muestras mediante otros métodos.

Limitaciones y consideraciones prácticas:

La recolección adecuada de muestras biológicas es esencial para diagnosticar enfermedades y condiciones médicas de manera precisa. A lo largo del tiempo, los métodos utilizados para obtener estas muestras han evolucionado con el objetivo

de mejorar la eficiencia, minimizar las molestias para los pacientes y garantizar la integridad de las muestras recolectadas. En este contexto, el colector rectal ha surgido como una herramienta prometedora en el campo médico para obtener muestras del recto.

El colector rectal es un dispositivo diseñado específicamente para recolectar muestras del recto, la porción final del intestino grueso. Se compone de un tubo flexible y suave, generalmente fabricado con materiales biocompatibles, que se introduce en el recto del paciente. El extremo del tubo está conectado a un contenedor que permite la recolección de la muestra biológica, como heces o tejido rectal, de manera higiénica y segura.

El colector rectal se inserta cuidadosamente en el recto del paciente, lo que puede realizarse de forma manual o con el apoyo de herramientas médicas como un endoscopio. Una vez colocado correctamente, el dispositivo permite la extracción de muestras representativas del tejido rectal o de las secreciones presentes en esta región, que posteriormente se utilizarán para análisis clínicos y diagnósticos.

Ventajas y Aplicaciones Clínicas: El uso del colector rectal ofrece varias ventajas significativas en comparación con otros métodos de recolección de muestras en el tracto gastrointestinal. Algunas de las ventajas más destacadas incluyen:

1. **No invasivo:** El colector rectal es una alternativa no invasiva a otros procedimientos más complejos, como la colonoscopia o la biopsia rectal, lo que resulta en una experiencia más cómoda para el paciente.
2. **Fácil de usar:** El diseño del colector rectal permite una colocación sencilla y rápida, lo que facilita su uso tanto en entornos clínicos como en el hogar.
3. **Obtención de muestras representativas:** El dispositivo garantiza la obtención de muestras de alta calidad y representativas del tejido rectal, lo que es crucial para un diagnóstico preciso y confiable.

El colector rectal encuentra aplicaciones clínicas en diversas áreas de la medicina, incluyendo gastroenterología, proctología, oncología, enfermedades infecciosas y enfermedades inflamatorias del intestino. Se utiliza para el análisis de marcadores tumorales, la detección de enfermedades gastrointestinales, la identificación de infecciones y la evaluación de la presencia de células anormales en el tejido rectal.

2 Objetivos

- Dar a conocer este dispositivo y promover el uso hospitalario.
- Exponer las diversas aplicaciones médicas del colector rectal, como la recolección de muestras de materia fecal para diagnóstico, la administración de medica-

mentos en el tratamiento de afecciones gastrointestinales o el manejo del estreñimiento en pacientes hospitalizados.

3 Metodología

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

4 Resultados

El uso del colector rectal:

- Obtención de muestras fecales para diagnóstico: Uno de los resultados primordiales al emplear un colector rectal es la adquisición de muestras de heces que se utilizan para llevar a cabo análisis de laboratorio con el fin de diagnosticar diversas afecciones relacionadas con el sistema digestivo, como infecciones, problemas gastrointestinales, sangrado oculto e intolerancias alimentarias.
- Administración de medicamentos: El uso de un colector rectal permite la administración directa de medicamentos en forma líquida o en forma de enema en el recto. Esto puede resultar en alivio de los síntomas de enfermedades gastrointestinales, facilitar la evacuación intestinal en casos de estreñimiento grave y la administración precisa de medicamentos para tratar afecciones en el área rectal.
- Alivio del estreñimiento: Cuando se enfrenta a estreñimiento severo, el empleo de un colector rectal puede brindar alivio rápido, disminuyendo las molestias y el malestar asociados con esta condición y mejorando el bienestar del paciente.
- Evaluación del progreso del tratamiento: En situaciones donde se utilizan colectores rectales para administrar medicamentos específicos, los resultados pueden comprender la evaluación del progreso del tratamiento, es decir, verificar si el paciente responde positivamente al medicamento y si se observan mejoras en su condición médica.
- Reducción del riesgo de infecciones cruzadas: Utilizar colectores rectales de manera adecuada en entornos médicos puede contribuir a disminuir el riesgo de infecciones cruzadas al evitar el contacto directo entre el personal médico y las heces del paciente durante la obtención de muestras o la administración de medicamentos.

-Facilitación de procedimientos médicos: En ciertos casos, los colectores rectales se emplean como parte de procedimientos médicos específicos, como preparación antes de una colonoscopia o sigmoidoscopia. Esto resulta en una limpieza eficiente del colon, lo que facilita la visualización de la mucosa intestinal durante estos procedimientos.

5 Discusión-Conclusión

El colector rectal se ha consolidado como una herramienta eficiente y segura para la recolección de muestras en el diagnóstico clínico. Su uso no invasivo, facilidad de uso y capacidad para obtener muestras representativas lo convierten en una opción atractiva tanto para profesionales médicos como para pacientes. Con su aplicación en diversas especialidades médicas, el colector rectal desempeña un papel crucial en el diagnóstico temprano y la monitorización de diversas condiciones gastrointestinales. Se espera que futuros avances tecnológicos mejoren aún más su rendimiento y eficacia en el campo de la medicina diagnóstica.

Con la publicación de este tipo de artículos se intenta promover el uso de este dispositivo para la facilitación de la recolección de muestras tanto para el paciente como para los profesionales.

6 Bibliografía

- 1.Sánchez López, M. I. (2014). Nuevos dispositivos de derivación y colección fecal: efectos adversos descritos en la bibliografía. *Enfermería intensiva*, 25(1), 4–14. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2013.11.001>.
- 2.Sistema de gestión fecal Flexi-Seal™ Signal™. (s/f). Critical Care - Convatec. Recuperado el 24 de septiembre de 2023, de <https://flexi-seal.convatec.com/es/productos/gestion-de-fluidos/gestion-de-la-incontinencia-fecal/sistema-de-gesti%C3%B3n-fecal-flexi-seal-signal/>.

Capítulo 147

EL PAPEL DE LA ENFERMERA COMO EDUCADORA SEXUAL EN LOS ADOLESCENTES

JOSSELYN PAMELA CHINCHAY RAMÍREZ

ANAIS GARCIA DEL CERRO

MARTA MINAYA CELA

NAZARET GÓMEZ MARTÍN DE VIDALES

1 Introducción

La adolescencia es una etapa compleja y llena de cambios, en la que despierta el interés por diferentes temas, uno de ellos es la sexualidad. Actualmente, este aún es un tema tabú en muchos lugares del mundo, ya sea por cuestiones religiosas o simplemente porque a padres e hijos les cuesta hablar del tema con naturalidad y sin obstáculos, esto hace que siga sin abordarse con la suficiente profundidad. Además, en estos tiempos, el adolescente dispone de información que muchas veces no proviene de una fuente fiable (medios de comunicación, algunas páginas de internet, opiniones o experiencias de personas de su círculo social, etc.), dando lugar a referencias erróneas.

Las estadísticas nos indican que hace falta reforzar la educación sexual en esta etapa, pues aún existe una alta incidencia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), además de embarazos tempranos que pone en riesgo la vida de la madre adolescente y su hijo. Esta acción educativa debe llevarse a cabo, entre otros, por

un profesional de la salud. En este sentido, la enfermería juega un papel fundamental como educadora sexual en este grupo de riesgo, dado que es una profesión que está altamente cualificada para abordar este tema de manera integral junto a la familia y los profesores del centro educativo. De esta manera, los adolescentes estarían más capacitados e informados para poder tomar decisiones adecuadas sobre su vida sexual.

2 Objetivos

Objetivos generales

- Explicar la importancia del rol de enfermería en temas de educación sexual con el adolescente.
- Proponer la enfermera escolar como persona referente en cuanto a la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y embarazo precoz.

Objetivos específicos

- Identificar los factores que influyen en la toma de decisiones de los adolescentes respecto a su vida sexual.
- Fortalecer la relación entre el adolescente y su familia para promover un entorno de confianza y protección para el adolescente.
- Reforzar la educación integral de la sexualidad como medida de protección y prevención de ITS y embarazos en adolescentes.
- Sugerir la figura de enfermera escolar en centros educativos de cara al abordaje de la educación sexual.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una búsqueda de información en diferentes bases de Datos de Ciencias de la Salud, como Dialnet, CUIDEN, SciELO, MEDES y PUBMED. También se hizo una búsqueda profunda del tema en el buscador académico de Google. Además, se han recopilado datos estadísticos y conceptos principales de la página principal de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los criterios de inclusión que se seleccionaron fueron: textos completos de acceso gratuito en inglés y español y que fueran publicados en los últimos diez años. Las palabras clave para la búsqueda han sido: “sexuality”, “nursing”, “sex education”, “teenager”, “Sexually Transmitted Disease”, “Sexually Transmitted Infections”, “educación sexual”, “adolescentes”, “sexualidad”, “Enfermedades de transmisión sexual”, “Infecciones de transmisión Sexual”, “embarazo

precoz”, “embarazo temprano”, “enfermería escolar” y algunos truncamientos como “enfermer*”.

Estas palabras se combinaron mediante los operadores booleanos “AND” y “OR”, con el fin de obtener una búsqueda más exhaustiva de la literatura.

4 Resultados

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como “el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años”. Numerosos artículos también lo sitúan en torno a esas edades, señalando además, que su inicio se da cuando empieza la pubertad.

Se trata de un periodo de preparación para la edad adulta, que está marcada por profundos cambios que se darán a diferentes niveles. El púber empezará a notar cambios físicos en su cuerpo y también se planteará preguntas sobre su personalidad (¿quién soy?, ¿cómo soy?), es decir, empieza la búsqueda de su identidad, que se irá definiendo con el paso de los años.

Surge una gran cantidad de dudas y miedos que muchas veces no son capaces de expresar en sus hogares o en la escuela (ya sea porque sienten vergüenza o porque no saben cómo abordarlo), llegándolo a compartir solo con sus amistades contemporáneas más cercanas.

También empieza a despertar el interés sobre diferentes temas, como el consumo de sustancias tóxicas y sus efectos, la vivencia de situaciones conflictivas (violencia) y uno de los temas más complejos de tratar y en lo que nos centraremos: la sexualidad.

La sexualidad humana es uno de los principales motivos que mueve el comportamiento humano. Esta empieza a configurarse durante la infancia y está influenciado por muchos factores como la vinculación afectiva (familia, amistades), el desarrollo de la identidad sexual y rol de género, el desarrollo de la moral sexual, historia de comportamientos sexuales y el medio social que forma parte de su entorno.

Actualmente, a pesar de que se viene tratando desde años atrás los problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, aún existe una tasa de incidencia elevada de estos. En concreto, hay dos puntos que se pretenden abordar en este capítulo y son: las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), también llamadas Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el embarazo precoz.

Según la OMS, más de 1 millón de personas de 15 a 49 años se contagian cada día

por una ETS que se puede curar. Actualmente, las cuatro infecciones de las cuales hay más casos registrados son la clamidiosis, gonorrea, tricomoniasis y sífilis. De aquí viene la importancia de la prevención de estas enfermedades, pues muchas de ellas se pueden evitar si contamos con una población formada en cuanto la sexualidad se refiere.

La principal vía de transmisión de las ITS es a través de las relaciones sexuales sin protección, sean vaginales, anales u orales. Algunas de ellas como la clamidiasis, gonorrea y sífilis, se transmiten durante el embarazo y el parto, o en caso de la sífilis, por contacto con sangre o hemoderivados infectados (o al inyectarse drogas).

Es importante destacar que las ITS se pueden prevenir, no contrayendo conductas de riesgo durante las relaciones sexuales, como puede ser el uso del preservativo de forma correcta y con regularidad. Esto se puede conseguir mediante una adecuada educación sexual con los adolescentes.

Un estudio del año 2012, en donde se recopilaron datos estadísticos sobre las ITS señaló que los adolescentes europeos habían oído hablar de las ITS, sobre todo del VIH, pero muy pocos tenían una información clara, por ejemplo, sobre la vía de contagio del VIH o las medidas eficaces para prevenirlo. Además, pocos conocían el resto de las ITS, cuando actualmente se sabe que el VPH, por ejemplo, es un virus que está muy relacionado con otras enfermedades como el cáncer de cérvix. Así pues, desde el punto de vista de otros autores, el VIH ha cubierto otras ITS como el VPH.

El inicio de las relaciones sexuales cada vez es más frecuente en edades más tempranas. En España, según el género, es más temprana en varones (15 – 16 años), aunque cada vez se parece más al de las chicas (17 – 18 años). De ahí, la importancia de empezar con la educación sexual lo antes posible. Algunos artículos recomiendan que se inicie en torno a los 10 años.

Otra de las consecuencias que desencadena una conducta sexual de riesgo son los embarazos no deseados (END). La OMS señala que unos 16 millones de adolescentes entre los 15 – 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría de ellas en países en vía de desarrollo.

Como vemos, los ENDs aún son altamente incidentes en el mundo y las consecuencias que tienen sobre la vida de la adolescente serán importantes, tanto si decide tener a su hijo como si no.

Si la adolescente decide ser madre, existe un riesgo para su vida y la de su hijo. Hablamos de riesgos fisiológicos (problemas en el parto y alumbramiento) pero también sociales (abandono de estudios, aislamiento social, problemas familiares o incluso problemas de salud mental).

Por otro lado, si la adolescente decide no ser madre, hablamos del aborto. Este está legalizado en muchos países, pero en otros no, lo que puede llevar a algunas adolescentes a buscar un aborto clandestino, poniendo en riesgo su vida y la del feto por las condiciones en las que se realizan.

Con base en lo anterior, existe la necesidad de fomentar, aumentar y poner al día el conocimiento de nuestros adolescentes sobre la salud sexual y reproductiva para que tomen decisiones conscientes y adecuadas sobre su vida sexual.

El rol de la familia:

La familia en la mayoría de los casos no sabe cómo abordar el aspecto de la sexualidad con los jóvenes de la casa. Algunos padres optan por prohibir y censurar la totalidad de estas vivencias, con el fin de evitar problemas que puedan surgir en el futuro. Otros, directamente, optan por no hablar del tema, delegando esta educación en los centros educativos de sus hijos. Acompañando a esto, surgen sentimientos de vergüenza y timidez, ya sea de los padres o del mismo adolescente, dificultando al final la comunicación.

La comunicación existente entre el adolescente y los miembros de su familia, sobre todo de los padres, es influyente en la conducta sexual del joven, pues en este periodo surgen muchas dudas con respecto a este tema y ellos buscan respuestas. Además, también tienen la necesidad de tratar otros puntos igual de importantes, como son las relaciones que mantienen con personas de su entorno, o diferentes experiencias que les vaya ocurriendo, siendo los padres los primeros que pueden detectar una conducta de riesgo o actitud extraña y pudiendo adelantarse a cualquier acontecimiento que ponga en riesgo la salud física, social y mental del adolescente.

Para que se dé esa comunicación, es importante un ambiente familiar cálido, donde prime la confianza entre los miembros de la unidad familiar y haya participación por parte de todos, existiendo un feed – back. El silencio en el ambiente familiar hace que los jóvenes busquen otras fuentes de información.

Dado que el vínculo familiar es importante, es necesario que las intervenciones que se lleven a cabo en los programas de salud sexual se enfoquen en fortalecer esa relación entre el adolescente y su familia, a la vez que estimular la participación de los padres y los adolescentes en estos programas.

Esto nos lleva a pensar que puede existir un déficit en las competencias de regulación emocional. Aquí coincide con otras investigaciones, donde apuntan a dar una educación donde se fortalezca la autoestima de nuestros adolescentes, incluso antes de dar educación sexual. De esta manera, estaríamos haciéndolos, primero que nada, capaces de tomar sus propias decisiones, orientados a la consecución del logro personal y su bienestar. Si negásemos esto, probablemente

lo único que estaríamos haciendo es disminuir la eficacia de estos programas y todo se reduciría a unos simples conocimientos que el adolescente terminará por olvidar.

El Rol de la enfermera escolar:

Actualmente, aún se mantienen muchos tabúes sobre la sexualidad, por ello, es necesario que se organicen programas de salud que rompan y desmientan estas falsas creencias y mitos en torno a la sexualidad, para ofrecer información de verdad, basada en la evidencia.

Es apropiado que esta actividad sea organizada y llevada a cabo por el personal de enfermería, pues debe realizarlo un profesional de la salud que cuente con las herramientas necesarias para llevar a cabo actividades de prevención y promoción de la salud, y así, junto a los docentes del centro y las familias de los adolescentes, trabajar en la población adolescente para ayudarles a entender y vivir su sexualidad de manera saludable y responsable.

Se debe buscar la forma de realizar una educación para la salud (EPS) más acorde a la edad de los adolescentes, en donde ellos mismos sean los protagonistas, tratando los temas que más les interesa saber, de esa manera favorecemos su participación y creamos un ambiente con feed-back, para así poder solventar todas las dudas que tengan en ese momento.

Existe una gran inclinación por dar una educación sexual orientada más al ámbito biologicista, en lugar de centrarnos en lo que realmente los adolescentes quieren saber. Diversos estudios señalan que el contenido anatómico y fisiológico de los órganos reproductores masculino y femenino es uno de los temas que menos interés tiene para los adolescentes, dejando de lado lamentablemente las relaciones personales, aspectos emocionales y sociales de las relaciones sexuales, que son los puntos verdaderamente importantes de tratar.

En nuestro país, a pesar de que la enfermera escolar está considerada como una figura profesional nueva, lo cierto es que lleva ejerciéndose más de 30 años, tanto en centros educativos privados como públicos. Todo empezó a darse en centros donde se requería una educación especial, después, con el paso de los años, su demanda se ha visto incrementada, pues como profesional del cuidado, una de sus grandes habilidades es el desarrollo de programas de promoción para la salud, promoviendo así hábitos saludables entre los alumnos a lo largo de su formación.

5 Discusión-Conclusión

- Hasta hace unos pocos años, era impensable hablar de “sexo”, pues se consideraba un tema tabú. Hoy en día, aunque en la mayoría de los países ya se habla

de ello, en otros, aún es un tema difícil de abarcar, ya sea porque su religión no les permite hablarlo con plena libertad o porque directamente en su cultura se les prohíbe mantener relaciones sexuales, hasta el matrimonio, ignorando toda información relacionada con la sexualidad.

- Aunque cada país tiene su cultura y sus creencias y se debe respetar, es importante que se hable de sexualidad con nuestros adolescentes, pues pueden desarrollar conductas sexuales de riesgo que al final los lleve a desarrollar alguna infección de transmisión sexual (ITS) o desencadenarse un embarazo no deseado (END). Si bien es cierto, aunque las cifras de estas dos consecuencias adversas han disminuido con el paso de los años, el número de casos existentes en el mundo aún son alarmantes.
- Se ha visto que en los hogares no es un tema que se suele tocar con mucha frecuencia, ya sea por desconocimiento de los padres o por sentimientos de vergüenza, incomodidad e inseguridad. Y cuando se trata el tema, los padres se limitan a explicar a sus hijos los diferentes aspectos básicos de la sexualidad humana y la reproducción, terminando por delegar esta educación sexual a las escuelas.
- A pesar de los esfuerzos por implantar estrategias de salud sexual adecuadas, los números nos indican que algo estamos haciendo mal. Esto nos lleva a replantearnos la manera en la que estamos organizando estas estrategias de salud sexual, si son correctos o no los programas de salud sexual que se les está dando a estos jóvenes.
- La mayoría de los centros educativos se centran en dar charlas basadas en el biologismo de la materia, es decir, explicar en qué consiste el órgano reproductor masculino y femenino y tal vez alguna recomendación, como usar el preservativo cuando se mantenga relaciones, pero no se exponen más temas, no lo que ellos realmente buscan saber. Todas estas charlas impartidas por el personal docente de los centros educativos y no por personal sanitario cualificado en la materia.
- Cabe destacar así, la importancia de la enfermera escolar en los colegios. Es necesario que se implante en todos los centros educativos, no solo para tratar la sexualidad, sino para implantar más programas de salud detectando así a la población vulnerable a otras enfermedades, como la obesidad, diabetes mellitus, o incluso problemas de salud mental a los que pueden estar expuestos los adolescentes, además de participar en situaciones de riesgo vital como puede ser una reacción alérgica, algún atragantamiento, convulsiones o accidentes que puedan surgir.
- El profesional de enfermería debe coordinar y trabajar junto a los padres y los profesores, haciéndolos partícipes de esta educación para la salud. El enfoque que

le daremos al tema no se debe basar en prohibiciones o en aspectos meramente biológicos, sino en explicar a qué los llevaría si optan por una conducta sexual riesgosa, cuáles son las consecuencias, qué alternativas tienen si quieren gozar de su plena sexualidad para protegerse de las ITS o de los ENDs, de esta manera promovemos conductas sexuales saludables entre ellos, mediante una buena educación sanitaria.

6 Bibliografía

1. Ríos-Becerril J, Cruz-Bello P, Becerril-Amereo P, Maldonado-González V. Intervención educativa de enfermería sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2016; 24(1): 51-54.
2. Antón AI. Educación sexual saludable en adolescentes. *Nuber Científ*. 2017; 3(21): 69- 73.
3. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial del sector salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016-2021. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. 2016.
4. Garzón A. La educación sexual, una asignatura pendiente en España. *Biografía Escritos sobre la Biología y su enseñanza*. 2016; 8(16): 195-203.
5. Parra Cruz A, Galarza Santana LE, San Andrés Plua N. Sexualidad responsable vs tabúes sociales. *Rev San Gregorio*. 2018; 21: 74-87.
6. Graciela S, Estefenon B, Eisenstein E. La sexualidad en la Era Digital. *Adolesc*. 2015; 12(2): 83-87.
7. Narváez G, Pabón K, León V, Guzmán C, Tapia I. Estudio exploratorio de la incidencia de los hogares disfuncionales en la iniciación sexual temprana de los adolescentes. *Ecos de la academia*. 2017; 5: 169-79.
8. González Cabrera M. Embarazo en la adolescencia y deserción escolar. *Publicación semestral*. 2019; 12: 29-30.
9. Blásquez Barba M, Gómez Romero D, Frontaura Fernández I, Camacho Ojeda A, Rodríguez Salas FM, Toriz Cano H et al. Uso de Internet por los adolescentes en la búsqueda de información sanitaria. *Aten Primaria*. 2018; 5(9): 547-52.
10. Hernández Pérez MC, Díaz-Gómez NM, Romero Manzano AM, Díaz Gómez JM, Rodríguez Pérez V, Jiménez Sosa A et al. Effectiveness of an intervention to improve breastfeeding knowledge and attitudes among adolescents. *Rev Esp Salud Pública*. 2018; 92: 1-12.
11. Página de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Capítulo 148

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL ESTREÑIMIENTO EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO

RAQUEL HERVÁS DÍEZ

ELENA CUENCA SÁNCHEZ

CARMEN MARÍA RIVAS SÁNCHEZ - MEDINA

MARÍA MUÑOZ CARRETERO

MERCEDES HONRADO PRADILLO

1 Introducción

El estreñimiento, también conocido como constipación, es un trastorno o síndrome cínico, como algunos autores lo definen, del hábito intestinal caracterizado por defecaciones poco frecuentes (menos de tres por semana), escasas, paso de materia fecal dura, con esfuerzo al defecar y defecación prolongada (más de 10 min).

Según la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), se define el estreñimiento como patrón de defecación infrecuente o como la reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal, acompañada de eliminación dificultosa (incluso, a veces, dolorosa) o incompleta, de heces excesivamente duras y secas.

Su prevalencia está estimada entre el 2% y el 28% de la población, dentro de la cual, afecta al 50 % de la población anciana, al 32% de las personas polimedicadas y hasta a un 70 % de las personas tratadas con opiáceos. Es más frecuente en los países occidentales y se da más en el sexo femenino.

Además del gasto económico-sanitario que conlleva al haberse convertido en una de las consultas más demandadas en Atención Primaria y por la atención hospitalaria para tratar el estreñimiento y sus complicaciones, no debemos obviar la implicación psicológica en la vida de los pacientes, teniendo en cuenta el impacto negativo de sus síntomas y complicaciones en el bienestar y calidad de vida de las personas que lo padecen.

Además de lo comentado anteriormente, no hay que olvidar, que se lleva a cabo un importante abuso y uso inadecuado de los laxantes, dejando como métodos secundarios las medidas higiénico – dietéticas en la prevención y tratamiento del estreñimiento, lo que conlleva una gran tendencia a su cronicidad.

El profesional enfermero tiene una labor esencial en el control de sus pacientes, en la que se incluye la eliminación intestinal, por lo que es de gran importancia su vigilancia dentro de su atención para así poder evitar la aparición y las complicaciones del estreñimiento.

2 Objetivos

- Exponer la definición de estreñimiento, su fisiopatología, diagnóstico y tratamiento.

3 Metodología

Se desarrolló una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos electrónicas (PubMed, Scielo, CUIDEN, ENFISPO, CUIDATGE, LILACS y MEDIGRAPHIC) hasta octubre de 2023. Se introdujo como estrategia de búsqueda las palabras clave: estreñimiento, cuidados de enfermería, nutrición y educación sanitaria que se combinaron con los operadores AND, OR y NOT.

Se tuvieron en cuenta para su inclusión estudios publicados en inglés y español que reportaran el análisis de los cuidados de enfermería aplicados a los pacientes hospitalizados para prevenir y tratar el estreñimiento.

Otro criterio de inclusión que se tuvo en cuenta, fue que fueran artículos actuales (de 2017 a 2023) por ser los estudios más recientes, y de diferentes países para tener una opinión más globalizada.

El tipo de recursos bibliográficos buscados podrían representar: artículos en revistas científicas y académicas; casos clínicos, trabajos académicos, estudios transversales descriptivos entre otros.

Tras separar toda la literatura seleccionada, se procedió a su lectura crítica y análisis interpretativo con el objeto de unificar las opiniones y llegar a las conclusiones de dicha investigación.

4 Resultados

- Definición y fisiopatología del estreñimiento:

Los criterios ROMA III consideran que una persona presenta estreñimiento si se presentan dos o más de las siguientes condiciones dentro de los últimos seis meses: si se realizan menos de tres deposiciones por semana, si hay esfuerzo en el 25% de las defecaciones, si existe presencia de sensación de evacuación incompleta en más del 25% de las defecaciones, si no hay deposiciones blandas sin refuerzo de laxantes y/o si se requieren maniobras manuales de ayuda en más del 25% de las defecaciones.

Su fisiopatología consiste en una alteración en la motilidad del colon con una reducción en su peristaltismo que evita el avance de las heces y/o en una disfunción en el proceso de evacuación de las heces. Esto último puede ser debido a una percepción anormal de la llegada de las heces al recto, lo que conlleva a una ausencia del deseo de ir al baño, o también puede ser producida por una obstrucción originada por una mala contracción y relajación de los músculos pélvicos o por una alteración del reflejo rectal.

Entre las causas que producen la hipomotilidad intestinal antes mencionada, podemos destacar: patologías digestivas (como neoplasias, enfermedad de Crohn, estenosis, hemorroides y fisuras anales, entre otras), el consumo de algunos medicamentos (como pueden ser: benzodiacepinas, los antagonistas del calcio, laxantes, AINES y opiáceos, entre otros muchos), diversas enfermedades endocrinas (como la diabetes, hipotiroidismo y la insuficiencia renal), enfermedades neurológicas (como Parkinson, demencias y depresión entre otras).

Por último, no se deben olvidar las causas modificables relacionados con el estilo de vida, como: el sedentarismo y una alimentación inadecuada con una ingesta hídrica insuficiente o con escasa fibra, intimidad para ir al baño, entre otros.

Los síntomas pueden ser distintos dependiendo de la persona, los más destacados son: molestias gastrointestinales como dolor, pesadez, distensión abdominal, flatulencias, náuseas y/o vómitos, diarrea por rebosamiento, anorexia, pérdida de peso, tenesmo rectal y sensación de llenado la ampolla rectal, y a nivel psíquico

se puede presentar agitación o confusión.

Entre las complicaciones más frecuentes podemos encontrar: las hemorroides y fisuras anales, prolapso rectal, la diverticulitis, impactación fecal y el megacolon.

- Diagnóstico de estreñimiento:

Con la valoración clínica integral al ingreso, la cual incluye la anamnesis con la realización de la historia clínica se consigue la recolección de todos sus datos relacionados con su hábito intestinal, tales como: su dieta habitual, su actividad física, circunstancias que puedan relacionarse con el estreñimiento, los fármacos que toma habitualmente (incluyendo laxantes), la forma y consistencia de sus heces con la escala de Bristol de Lewis y Heaton (en la que se clasifican las heces en siete grupos, donde el primero y segundo están relacionados con el estreñimiento), la presencia de algún síntoma de estreñimiento, de sangre o moco en las heces y de antecedentes de cáncer de colon, entre otros.

Tras esta valoración, se debe hacer un examen físico para poder evaluar el tono muscular, localizar visceromegalias y masas fecales.

Para la confirmación de su diagnóstico se deben realizar una serie de pruebas como la analítica de sangre, la colonoscopia mediante la cual también se pueden obtener biopsias del colon para un estudio anatomopatológico, la sigmoidoscopia, la medición del tiempo de tránsito colónico con marcadores radiopacos, la radiografía simple de abdomen, la manometría anorrectal, prueba de expulsión de balón, la defecografía y la electromiografía anal.

- Tratamiento y prevención del estreñimiento:

Deben ser específico para cada paciente y se debe insistir en las medidas higiénico – dietéticas saludables. En caso de padecer estreñimiento se debe descubrir el agente causal si es secundario a alguna patología circunstancia o medicamento para poder actuar sobre él: si es un medicamento el que lo produce se debe intentar retirar o cambiar por otro no astringente si no fuese posible su retirada. Si los cambios en el estilo de vida no son eficaces en el tratamiento se debe recurrir a las medidas farmacológicas o cirugía.

Dentro de las medidas higiénico-dietéticas saludables para prevenir y tratar el estreñimiento se debe insistir y educar en las siguientes recomendaciones:

-La ingesta de 2 litros de agua al día, si no existe contraindicación, para asegurar un buen estado de hidratación, lo que favorece la movilidad del intestino y reduce el flato.

-El aporte adecuado de fibra, sobre todo vegetal ya que es poco digerible y absorbible (la cantidad optima son 30 gramos al día) mediante fruta, verduras, legumbres y cereales, que al retener agua aumentan la masa de las heces favoreciendo el peristaltismo y las ablanda facilitando su expulsión).

-El uso de probióticos (lactobacilos y bifidobacterias) frecuentes en lácteos, éstos hacen más grande el bolo.

-Crear un adecuado patrón horario para ir al baño (la literatura incluye como momentos más adecuados: tras las comidas y al levantarse por la mañana, por la mayor acción propulsiva que tiene el colon), cambiar posturas que ayuden en la defecación como la postura de cuclillas y nunca ignorar el reflejo de defecar. Se tiene que intentar pautar estas conductas desde niños para evitar inhibir el deseo de ir al baño.

-Realizar ejercicio físico regular para reforzar la musculatura abdominal y favorece a la motilidad intestinal. Favorecer la movilidad y deambulación precoz durante la estancia hospitalaria.

-Proporcionar comodidad e intimidad a la hora de defecar durante el ingreso.

Las medidas farmacológicas incluyen los suplementos de fibras, los laxantes, enemas y supositorios. Entre los suplementos de fibras, podemos encontrar: el Metamucil, el Consil, el FiberCon y el Citrocel.

Los laxantes se pueden disponer de varios tipos: los agentes formadores de bolo, también llamados mucílagos (como la metilcelulosa, el salvado, el plantago y la ovata) que aumentan el volumen de las heces no se deben usar en presencia de obstrucción intestinal.

También tenemos los laxantes osmóticos (como la lactulosa, sales de magnesio, polietilenglicol) que incrementan el paso de agua por el intestino llegando a las heces, se recomienda beber 1,5 a 2 litros de agua para evitar la aparición de fecaloma.

Otro tipo son los llamados lubricantes, detergentes y surfactantes (como la parafina) que reblandece las heces, no se deben dar a pacientes con bajo nivel de conciencia por riesgo de neumonías por aspiración.

Los laxantes estimulantes (como el senósido y el bisacodio) que actúan en la motilidad intestinal, contraindicados en la obstrucción intestinal y producen desequilibrios electrolíticos.

Por último, tenemos los laxantes secretagogos (Lubiprostona y Linaclotida) que estimulan la secreción de agua y electrolitos, y los laxantes procinéticos (Colchicina y Misoprostol) que actúan en la musculatura intestinal.

Dentro del tratamiento también podemos encontrar terapias alternativas como las maniobras de Biofeedback, que consiste en ejercicios para aprender a relajar los músculos del suelo pélvico y a reconocer los signos de presión del recto.

Dentro de los planes de cuidados de enfermería para evitar y tratar el estreñimiento, los NOC más destacados son: eliminación intestinal (0501), control del dolor (1605), control de los síntomas (1608) e hidratación (0602); dentro de

los NIC encontramos: manejo del estreñimiento/impactación (0450), manejo de la nutrición (1100) y manejo de líquidos (2080).

Finalmente, las actividades más relevantes son: vigilar los signos y síntomas del estreñimiento, instruir al paciente/ familia acerca de la dieta rica en fibras si procede, identificar factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que puedan ser causa de estreñimiento o que contribuyan al mismo, entre otras muchas más.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente, el estreñimiento se ha convertido en un gran problema, tanto para los costes sanitarios por su gran incidencia, como para las propias personas que los padecen, ya que afecta negativamente, tanto en el ámbito psíquico, físico y social, en sus calidades de vida.

Dada la gran evidencia científica sobre la relación causal entre los fármacos que provocan dicha enfermedad, se debe hacer un gran hincapié en evitar el abuso de dichos fármacos astringentes y en especial, el mal empleo de los laxantes que causan a su vez es causa del mismo. El tratamiento debe ser individualizado y centrado en las medidas higiénico-dietéticas y es clara la necesidad de profundizar en la creación de protocolos como profilaxis y tratamiento del estreñimiento.

El personal de enfermería, al ser el responsable en el cuidado de los pacientes, debe estar bien formado y actualizado en el manejo de dicha enfermedad y en el correcto uso de dicha la medicación. Debido a que muchos factores causantes son modificables en los estilos de vida, resulta de gran importancia la educación sanitaria, haciendo al propio paciente participe de sus cuidados, y así poder prevenir y tratar el estreñimiento.

6 Bibliografía

1. Calvo R, Escudero M, Ibáñez R, Lahoz T, Relancio L, Aldaz I. Actuación enfermera en paciente con estreñimiento. Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. 2021[citado 19 septiembre 2023]; 2 (5): 7. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8067274>
2. Mayta NR, García L, Pozo M, Gea B, Ortego C, Sardón J. Plan de cuidados de enfermería al paciente con estreñimiento. Caso clínico. Revista Ocronos [Internet]. 2021 [citado el 19 septiembre 2023]; 4 (7): 6. Disponible en: <https://revistamedica.com/pae-estrenimiento-caso-clinico/>
3. Molano ML, Gómez M, Noguera R, Vicente IA, Patrón ME. Protocolo para la prevención y/o tratamiento del estreñimiento en una unidad

de traumatología. [Internet]. Gerencia del Área de Salud de Cáceres; 2019 [actualizado noviembre 2022; citado 19 septiembre 2023]. Disponible en: https://www.areasaludcaceres.es/docs/files/14503_protocolo-para-prevenir-el-estreñimiento-trauma-area5-ses.pdf

4. Agüí Callejas AM. Estreñimiento crónico en la población española: epidemiología y factores asociados a partir de la encuesta nacional de salud en España en 2017 [Trabajo de Fin de Grado]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2019. Recuperado a partir de: <http://147.96.70.122/Web/TFG/TFG/Memoria/ANA%20MARIA%20AG%C3%9CI%20CALLEJAS.pdf>

5. Pérez – Sánchez J et al. Evaluación y abordaje del estreñimiento en el paciente crítico. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2017 [citado 21 septiembre 2023]; 28 (4): 160–168. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-evaluacion-abordaje-del-estreñimiento-el-S1130239917300329>

6. Zapico López G, Alonso Fernández S, Tomero González E. Tratamiento del estreñimiento inducidos por opiáceos en paciente adulto terminal. *RqR Enfermería comunitaria* [Internet]. 2018 [citado 24 septiembre]; 6 (1): 32-46. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6317304>

7. Guil- Soto A, García de Paso- Mora J. Manejo práctico del estreñimiento crónico. Primer escalón terapéutico. *RAPD Online* [Internet]. 2019 [citado 24 septiembre]; 42 (6): 428-431. Disponible en: <https://www.sapd.es/rapd/2019/42/6/02>

Capítulo 149

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL CATÉTER CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA

MARÍA MUÑOZ CARRETERO

RAQUEL HERVÁS DÍEZ

MERCEDES HONRADO PRADILLO

CARMEN MARÍA RIVAS SÁNCHEZ - MEDINA

ELENA CUENCA SÁNCHEZ

1 Introducción

El catéter central de inserción periférica recibe sus siglas PICC del término inglés (Peripheral Insertion Central Catheter). Se consideran catéteres venosos centrales no tunelizados de implantación percutánea.

Se define como una sonda larga, flexible y delgada que se introduce a través de una vena periférica, habitualmente se suele escoger la vena cefálica o la basílica debido a que ambas tienen un mayor calibre con la finalidad de evitar la fosa antecubital, hasta conseguir llegar al tercio inferior de la vena cava superior.

El material principal por el que están constituidos es el poliuretano. La cantidad de este material depende de la durabilidad del propio catéter, siendo de corta duración aquellos que tienen un grado I de poliuretano, duración intermedia los

de grado II y por último, el grado III poseen un efecto duradero mayor de seis meses.

Entre los factores de riesgo más frecuentes a la hora de su colocación se encuentran: colocación incorrecta de la punta del catéter, sangrado, flebitis, trombosis o infección. Siendo la mayor complicación, el taponamiento cardiaco, muy poco frecuente pero con una tasa alta de mortalidad.

Existen varias marcas en el mercado que los hacen tener una o varias luces, pero ciertas características específicas, deben de aparecer en la documentación identificativa del paciente.

2 Objetivos

Con la elaboración de este capítulo nos planteamos los siguientes objetivos:

- Determinar los cuidados básicos propios de enfermería.
- Conocer las ventajas e inconvenientes de este tipo de catéter.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 principal función de estos catéteres es conservar y, por tanto, dañar en la medida de lo posible lo menos vasos conductores del torrente sanguíneo.

El PICC está indicado sobre todo en pacientes con enfermedades crónicas que necesiten un tratamiento intermitente de larga duración, además en pacientes que precisen un acceso vascular porque tengan trastornos de la coagulación y cuando existan factores que contraindiquen cualquier otra vía central entre otros, esto puede considerarse una gran evolución en la terapia intravenosa.

El catéter es colocado con anestesia local y puede ser insertado por varios profesionales tal como pueden ser enfermeros, equipo de anestesia o de radiología vascular. A su vez puede colocarse de varias maneras: la punción a ciegas que tiene más riesgo de complicación y por esa razón está cada vez más en desuso y

como primera elección se elige la inserción guiada con imagen, en este caso con ecógrafo.

La técnica con ecógrafo es un procedimiento estéril, los pasos a seguir son los siguientes:

- Preparación del personal. El personal sanitario requiere de mascarilla, gorro, bata y guantes estériles, junto con el lavado quirúrgico de manos.
- Elección del catéter en función del calibre del vaso elegido, no debe superar 1/3 del calibre del vaso.
- Medir la longitud. Medir la distancia desde el punto de entrada hasta la línea media clavicular de ese mismo lado, de ahí hasta el tercer espacio intercostal.
- Colocación del compresor 10-15cm por encima de la zona elegida.
- Desinfección de la zona y la colocación del campo estéril.
- Preparación estéril del ecógrafo.
- Una vez elegida la zona de punción, se administra el anestésico local.
- Purgar con suero fisiológico el PICC y la guía.
- Colocar el ecógrafo en la zona de punción y visualizar el vaso para la punción. Una vez localizado, puncionamos la vena, pararemos cuando veamos que refluye sangre.
- Introducir el extremo flexible de a guía, retiramos la sonda del ecógrafo y comenzamos a introducir la guía. Una vez esto, retiramos la aguja introductora.
- Insertamos el catéter a través de la guía y avanzaremos lentamente. Una vez el catéter colocado, retiramos la guía.
- Comprobamos que refluye la sangre.
- Lavaremos con 10cc de suero la luz con la técnica push-stop-push.
- Sellar con 3cc de Fibrilín cada luz con la misma técnica.
- Limpiar y desinfectar la zona y colocar sistema de fijación.
- Una vez colocado, comprobar que está en el lugar correcto mediante Rx.

En cuanto a los beneficios que nos puede aportar este dispositivo son: la disminución del riesgo de complicaciones como la flebitis, infiltraciones o extravasaciones de los vasos, conservación de los vasos, acceso vascular más cómodo para el paciente, poca probabilidad de infección si se realizan los cuidados necesarios y la durabilidad en el tiempo que puede llegar a durar este tipo de dispositivo.

Las contraindicaciones que pueden llegar a tener los PICC pueden ser la falta de orden médica, falta de personal capacitado, pacientes que tengan un capital venoso agotado que impida la canalización del catéter, infección, quemaduras, ausencia de la cadena ganglionar, insuficiencia renal avanzada. Hay que tener cuidado con pacientes que presenten obesidad, que sean anticoagulados o edematosos.

Las complicaciones que podemos llegar a tener asociadas al catéter principalmente suelen ser por causa infecciosa: infecciones tanto en la zona de punción como puede ser la colonización de gérmenes a lo largo del catéter, la formación de trombos, oclusión del catéter entre otros. La prevención de este tipo de complicaciones es principalmente labor de enfermería, ya que con un buen mantenimiento de sus cuidados se puede evitar estos problemas.

Cuidados del catéter PICC:

- No dejar que cuelgue libremente, llevarlo siempre tapado para evitar tirones y no sumergirlo bajo el agua.
- No tomar la presión arterial en el brazo que esté colocado.
- Evitar movimientos excesivos y no levantar peso con ese brazo.
- No se aconseja aplicar pomadas o ungüentos en la zona de inserción.
- En general, debe de hacerse una cura semanal en la que se cambiara todo el sistema de fijación y ha de ser estéril.
- Inmediatamente después de la desconexión por la finalización de cualquier tratamiento, siempre hay que sellarlo con heparina. Se lava el catéter primero con 10cc de suero fisiológico, seguido de 3cc de heparina, con la técnica del push-stop-push y siempre haciendo presión positiva al terminar el sellado.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión:

- Se sugiere que la punta del catéter quede situada en el tercio inferior de la vena cava superior.
- El PICC es un catéter aconsejado para un gran número de pacientes.
- En relación con los cuidados de enfermería es una técnica que se realiza estéril tanto su implantación como sus cuidados. Por tanto, se recomienda evitar que el apósito se encuentre húmedo, sucio, mal sujeto, ya que son factores que incrementan el riesgo de infección.
- Siempre ha de ser heparinizado una vez que haya terminado de usar.
- Es una técnica muy novedosa y puede ser colocado por varios grupos de personas sanitarias.

6 Bibliografía

1.Ortiz A, Pérez B, Buzón L, Calderón E, Carrero C, Carrión R, et al. Guía de práctica clínica sobre terapia intravenosa con dispositivos no permanentes en adultos. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.

- 2.García F, Gago M. Actualización de conocimientos en terapia intravenosa. Asociación de Equipos de Terapia Intravenosa; 2015.
- 3.Lacostena E, Buesa-Escar M, Gil-Alós M. Complicaciones relacionadas con la inserción y el mantenimiento del catéter venoso central de acceso periférico. *Enf Intens.* 2019;30(3):116-126.
- 4.Oliveira L, Fava Y, Rodrigues A, Franulovic A, Ferreira N, Püschel V. Management of peripherally inserted central catheter use in an intensive care unit of a teaching hospital in Brazil: a best practice implementation project. *JBIC Database System Rev Implement Rep.* 2018;16(9):1874-1886.
- 5.Gálvez M, Delgado Z, Fontalba M. Técnica de inserción de un Catéter Venoso Central de inserción periférica (PICC). *Rev Enferm Doce.* 2015;(103):25-32.

Capítulo 150

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN Y LOS CUIDADOS DEL PIE DIABÉTICO

MIRIAM SORIA GIL

ANA ISABEL CANTOS APARICIO

MARIA ESTER SANCHEZ ROMER

AZUCENA DEL OLMO MARTINEZ

MARIA E. AGUILAR RICO

1 Introducción

La diabetes Mellitus es una enfermedad crónica, que afecta a los niveles de glucosa en sangre, por alteraciones del metabolismo de hidratos de carbono, principalmente, proteínas y lípidos, manteniéndose niveles de glucosa en sangre elevados.

Existen dos tipos de diabetes Mellitus:

-Diabetes tipo 1: Puede ocurrir a cualquier edad, pero se diagnostica con más frecuencia en edad pediátrica, adolescentes o adultos jóvenes.

La insulina es una hormona producida en el páncreas por las células beta. En este tipo de diabetes las células beta producen poca o ninguna insulina. Por esta razón a este tipo también se le llama diabetes insulino-dependiente. Su causa

es una enfermedad autoinmune que ataca a las células beta, destruyéndolas de forma permanente.

-Diabetes tipo 2: Suele ocurrir en edades más avanzadas y la principal diferencia del tipo uno es que esta se produce por la resistencia de las células para la absorción y los efectos de la insulina, por lo tanto, se necesitaría más insulina, para tener los niveles de glucosa en sangre en el rango adecuado Debido a esto a este tipo se le conoce como diabetes insulino-resistente. Se suele producir por una combinación de factores, entre los cuales destaca el sobrepeso u obesidad, no realizar ejercicio físico y la genética familiar.

Las personas que sufren cualquiera de los dos tipos, son propensos a tener complicaciones como resultado de un nivel elevado de glucosa en sangre mantenido en el tiempo, por lo que se deben tener unos controles estrictos de glucemia, para evitar que las complicaciones se agraven.

Las principales complicaciones son:

- Complicaciones vasculares.
- Problemas infecciosos.
- Problemas oculares.
- Daño Hepático y renal.
- Lesiones nerviosas.
- Pie Diabético.

El 15% de los pacientes diabéticos desarrollará a lo largo de su vida problemas en los pies, que afectan con mayor frecuencia a la población entre 45-65 años. El pie diabético afectará a la vida social, laboral y familiar del paciente. Los problemas más comunes incluyen la infección, la ulceración, la gangrena, incluso la amputación desde los dedos hasta la pierna, pudiendo así sufrir el paciente largos ingresos hospitalarios.

2 Objetivos

- Exponer los cuidados preventivos que debe tener una persona con diabetes Milletus para evitar las múltiples complicaciones que puede desarrollar un pie diabético y los cuidados que el personal de enfermería debe brindar en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, para este tipo de pacientes.

3 Metodología

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

ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

1 EL PIE DIABÉTICO:

Esta gran complicación es debida a las diversas afecciones que tiene la diabetes Milletus sobre el cuerpo humano:

- Los daños neurológicos, esto produce pérdida de sensibilidad en los pies, provocando que no se sienta dolor, cambios de temperatura o irritación, pasando totalmente desapercibidas las distintas lesiones que se puedan originar, hasta que sean lo suficientemente avanzadas o graves para que el paciente pueda percibir dolor. Esta pérdida de sensibilidad también provoca la formación de callosidades, aumentando el riesgo de lesión en la piel.
- Los problemas circulatorios, producen un riego sanguíneo insuficiente, aumentando la probabilidad de que se formen úlceras y que tarden más en curarse.
- Los problemas infecciosos, los glóbulos blancos, en presencia de hiperglucemias, no pueden combatir las infecciones con eficacia, por lo que existe una tendencia a que las infecciones sean más habituales, más graves y tarden más en remitir.

2. EDUCACIÓN AL PACIENTE EN EL CUIDADO DE PIES:

Para evitar la formación de rozaduras, heridas o úlceras que se vuelvan dolorosas y puedan provocar infecciones, hay que tomar unas medidas de autocuidado:

- Inspeccionar los pies a diario, buscando grietas, callos, heridas o úlceras.
- Lavarse los pies a diario con agua tibia, secándolos bien.
- Mantener los pies hidratados.
- Usar polvos o productos que mantengas los pies secos dentro del calzado.
- Cortarse las uñas de los pies rectas y no demasiado cortas para que no se encarnen.
- Acudir al podólogo para eliminar callos y durezas.
- Usar calzado cómodo, que se ajuste bien, pero no sea excesivamente estrecho.
- Evitar el calzado abierto.
- No caminar descalzo.
- No exponer los pies a temperaturas elevadas o excesivamente frías.
- No llevar calcetines o medias que aprieten en la parte superior, dificultando la circulación.

3. PREVENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PIE DIABÉTICO.

La principal forma de prevención de las lesiones en los pies en pacientes diabéticos es mantener un control exhaustivo de los niveles de glucosa en sangre, para mantenerlos dentro de los parámetros normales.

El abordaje de enfermería al pie diabético, comienza con una valoración:

- Antecedentes personales: peso, talla, tabaquismo, alcohol, ejercicio físico, ocupación, cualquier otro problema de salud.
- Exploración del pie, valorando el estado de la piel, existencia de cualquier herida o úlcera, existencia de hiperqueratosis, atrofia cutánea. Valorar si existe alguna deformación como prominencias, hallux valgus... exploración en bipedestación y decúbito y valoración de la marcha. Dichas exploraciones es conveniente realizarlas cada 2-3 meses en consulta.
- Exploración vascular y hemodinámica: mediante la palpación de pulsos, temperatura y coloración del pie, tiempo de recuperación capilar de la piel y depresión venosa.
- Exploración neurológica: Comprende la exploración superficial mediante el tacto, dolor y temperatura. Exploración profunda (vibratoria y prestar). Valoración de la función motora del miembro.

Tras estas valoraciones, es fundamental aconsejar acerca de hábitos saludables como llevar una buena alimentación y la realización de actividad física, que siempre son elementos preventivos de estas complicaciones.

5 Discusión-Conclusión

La presencia de diabetes mellitus tiene múltiples de complicaciones a largo tiempo, por lo que es imprescindible un temprano diagnóstico y un buen abordaje de la situación.

La enfermería tiene un papel principal y fundamental en el abordaje de esta enfermedad crónica, desde la atención primaria hasta la especializada.

Por eso es importante el conocimiento de todas sus complicaciones y la forma en la que nosotras las enfermeras podemos prevenirlas.

En este caso, como es el pie diabético, aportando la suficiente información a los pacientes que son sensibles a sufrir esta complicación.

Aparte llevando a cabo una árdua acción desde la atención primaria, dando la importancia que esta lesión tiene, y dedicándole consultas para su diagnóstico.

6 Bibliografía

1. Cuidados del pie diabético, un enfoque multidisciplinario. Alcalá: Ed. Arán, 2001.
2. Protocolo de prevención y cuidados del pie diabético. En: Congreso Nacional de Estudiantes de Enfermería: Asociación de Estudiantes de Enfermería, EUEP; 2001, 25-27 de abril; Ferrol, A Coruña.
3. Diagnóstico de la diabetes gestacional. En: Pallardo Sánchez LF, González González, A, Quero Jiménez, editores. Diabetes y embarazo. Madrid: Grupo Aula Médica, S.A., 1999; p. 4-14.
4. Prevención de complicaciones en el pie diabético. Enfermería Científica 2002;246:58-65.

Capítulo 151

ADHERENCIA TERAPÉUTICA: UN IMPORTANTE PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.

MIRIAN VELAZQUEZ RODRÍGUEZ

JENNIFER MENÉNDEZ RODRÍGUEZ

CARLA SUAREZ MONTOTO

1 Introducción

Se entiende por adherencia terapéutica “grado en que el comportamiento de una persona, la toma de fármacos, seguimiento de un régimen alimenticio y cambios en el estilo de vida se corresponde con las recomendaciones proporcionadas por un profesional sanitario”, según la Organización Mundial de la salud (OMS).

Son muchas las consecuencias derivadas de una mala adherencia terapéutica, las cuales lo convierten en un importante problema de salud pública de gran prioridad de intervención a nivel mundial. Entre ellas se encuentran la pérdida de efectividad del tratamiento, así como el incremento del gasto sanitario y peores resultados en salud.

Las causas que responden al bajo porcentaje de adherencia al tratamiento son multifactoriales: factores individuales, características de la patología, tipo de terapia, equipo sanitario y relación terapéutica, motivos sociales y razones económicas. Es necesario abordar cada uno de estos factores de manera individual para reforzar estrategias que tengan como objetivo el incremento de la adherencia

terapéutica con el fin de mejorar la salud de la población y la sostenibilidad del sistema sanitario.

Existen diversos métodos para valorar la adherencia terapéutica, entre ellos, como instrumento de medida del cumplimiento, se encuentra el Test de Morisky. Se trata de un cuestionario de preguntas dicotómicas con ventajas respecto a otros cuestionarios por su uso muy generalizado y fácil aplicación y manejo en el campo de la investigación. Este test mide la adherencia al tratamiento, demostrando alto valor predictivo positivo y capacidad para predecir el control de su enfermedad. Su versión de 2008 ofrece además una mayor información al incorporar ítems relacionados con la toma de fármacos y su infrautilización.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es identificar los factores que intervienen en la adherencia terapéutica.

3 Metodología

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

4 Resultados

Son múltiples los factores que intervienen de manera directa o indirecta en el nivel de adherencia terapéutica en la población. A continuación se describen los más relevantes agrupados en cinco categorías: factores socioeconómicos, factores relacionados con el sistema sanitario y su equipo, factores relacionados con el tratamiento, factores relacionados con la enfermedad y factores relacionados con el propio paciente.

- Socioeconómicos: Dentro de esta categoría se incluye el coste económico derivado del tratamiento farmacológico, la falta de cobertura en la atención sanitaria, pertenecer a una clase social baja o tener problemas económicos. Por otra parte, destacar la red social del paciente, la importancia de un buen apoyo famil-

iar y/o social que está íntimamente relacionado con el aumento de la adherencia terapéutica, según reflejan múltiples estudios.

- Sistema sanitario: binomio profesional sanitario y paciente, nivel de confianza depositado en ambas direcciones, adaptación del lenguaje y comunicación con el paciente, información proporcionada y recibida acerca de su tratamiento y/o patología, así como la dificultad en la accesibilidad a la atención sanitaria.
- Tratamiento: aparición de efectos secundarios, tratamientos con posologías complejas, múltiples dosis y polimedicación.
- Patología: conciencia de enfermedad, conocimiento de su propia patología, severidad, sintomatología, pronóstico o el impacto que puede tener en la calidad de vida.
- Paciente: edad, género, nivel educativo y estado civil. Menor edad, pobre nivel educativo y vivir solo, se han relacionado con niveles de adherencia terapéutica más bajos.

Múltiples estudios coinciden que en la actualidad no existe ningún método óptimo ni universal para la medida de la adherencia terapéutica, se recomienda la utilización conjunta de varios de ellos, consiguiendo así información complementaria y fija. Es importante el rol que presentan los profesionales sanitarios en el alcance de un adecuado cumplimiento terapéutico, sin embargo, en cuanto a la adherencia en pacientes crónicos, la literatura científica concuerda que las cifras distan mucho de un cumplimiento óptimo del tratamiento. Véase, que La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la adherencia en tratamientos crónicos se sitúa en torno al 50%.

5 Discusión-Conclusión

Son múltiples los factores analizados en relación con la adherencia terapéutica, no obstante, el perfil más frecuente de persona no adherente reflejado en la literatura corresponde a: una persona de menor edad y nivel educativo bajo, que vive solo, estado civil viudo, pobre conocimiento sobre la enfermedad y tratamiento e ingresos bajos. En relación con el tratamiento farmacológico destacan la aparición de reacciones adversas, el tratamiento con varios tipos de fármacos y con múltiples dosis.

Por todo ello, la necesidad de llevar a cabo prescripciones ajustadas a las particularidades de cada individuo, ajustándose a sus actividades diarias y proporcionando un riesgo-beneficio aceptable. Como profesional sanitario, cada prescripción debe ir acompañada de información completa, de forma clara y precisa

sobre el tratamiento de manera verbal y escrita: situación actual de enfermedad, gravedad, objetivos terapéuticos, dosis, frecuencia de administración y duración del tratamiento. Todo ello, precisa un seguimiento integral y monitorización por parte del equipo interdisciplinar para detectar cualquier aspecto susceptible de mejora.

6 Bibliografía

1. Dunisani Chauke G, Nakwafila O, Chibi B, Sartorius B, Mashamba-Thompson T. Factors influencing poor medication adherence amongst patients with chronic disease in low- and-middle- income countries: A systematic scoping review. *Helyon*. 2022;8(6):e09716.
2. Hirschberg S, Donatti S, Rijana, I Selan, V. La relación entre la adherencia terapéutica y calidad de vida en la hipertensión arterial. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*. 2014; 6(2): 64- 70.
3. Pagés-Puigdemont, N, Valverde-Merino, MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharm*. 2018; 59(3):163-172.
4. Orozco-Beltrán D, Carratalá-Munuera C, Gil-Guillén V. Mejorar la adherencia: una de las acciones más eficientes para aumentar la supervivencia de los pacientes en prevención secundaria. *Rev Esp Cardiol Supl*. 2015.
5. Codina C. Educación sanitaria: información al paciente sobre los medicamentos [Internet]. Fundación Dr. Antoni Esteve. 2000. Disponible en: <https://www.esteve.org/libros/educacion-sanitaria-2>.
6. Johnson A, Sandford J, Tyndall J. Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(4).

Capítulo 152

ENFERMERÍA: CUIDADOS DE UN DRENAJE TORÁCICO

MARIA VICTORIA CASARRUBIOS CARRASCO

1 Introducción

Un drenaje torácico es un procedimiento médico mediante el cual generalmente se inserta un tubo de plástico a través del tórax hasta la cavidad pleural, con la finalidad de evacuar aire, líquidos o sangre que se encuentren allí acumulados. Este tubo se conecta a un sistema cerrado que recoge el contenido de líquido drenado.

Existen diferentes tipos de drenaje torácico según el tipo de fluido que se deba drenar, el estado del paciente y la patología.

El drenaje torácico abierto a través de incisión quirúrgica, que se emplea en casos de traumatismo torácico grave, permitiendo una evacuación más rápida, aunque con mayor tasa de infecciones. Por el contrario, el drenaje torácico cerrado consiste en la inserción de un tubo como decíamos conectado a un sistema cerrado de recolección de líquidos, se emplea sobre todo en casos de neumotórax, hemotórax, neumectomía ...

El drenaje cerrado minimiza el riesgo de infecciones así como reduce el dolor y permite controlar la cantidad y las características del líquido que está siendo drenado, permitiendo realizar un control y vigilancia del paciente.

Algunos de los líquidos y gases que pueden ser drenados son: aire, sangre, pus, líquido linfático, líquido originado por algún tumor que infiltre la pleura...

2 Objetivos

Conocer, como personal de enfermería, los principales cuidados que se deben llevar a cabo sobre un paciente con un drenaje torácico.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

El objetivo principal de la colocación de un drenaje torácico es eliminar la acumulación de líquidos o gases de la cavidad pleural, permitiendo al pulmón expandirse de forma adecuada y realizar un intercambio gaseoso adecuado.

Dentro de los principales cuidados de enfermería de un paciente con drenaje torácico encontramos:

- Vigilancia y registro de constantes vitales: tensión arterial, temperatura, frecuencia respiratoria y cardíaca etc.
- Control de la cantidad y características del líquido drenado.
- Observar signos del mal funcionamiento del drenaje torácico.
- Controlar síntomas: dolor, fiebre, sudoración
- Realizar una correcta higiene y aseo del paciente, aplicando técnicas asépticas en el cambio del apósito del punto de inserción del tubo de drenaje torácico.
- Es recomendable una dieta rica en fibra con aumento de líquidos.
- Controlar la función intestinal del paciente.
- Realizar movilizaciones si está indicado para evitar complicaciones.
- Comprobar que el tubo de tórax no esté acodado y sea permeable.
- Vigilar la presencia de coágulos en el tubo.
- Comprobar que el sistema de drenaje se encuentre siempre vertical por debajo del tórax del paciente.
- Administrar la analgesia prescrita cuando sea preciso.
- Controlar los niveles de agua de la cámara de sellado según el fabricante, comprobando fluctuaciones.

- En caso de salida espontánea del tubo se debe aplicar vaselina en la zona de inserción y colocar un apósito semi compresivo hasta la colocación de uno nuevo.
- Realizar toma de muestras si está indicado.
- Verificar que el soporte del drenaje esté colocado de forma segura.
- Observar posibles signos de infección en el punto de inserción.
- Profilaxis antibiótica y uso de guantes y mascarilla en caso de infección.
- Si la cantidad de drenaje es superior a 100 ml/hora o cambia de color se ha de avisar por posibilidad de hemorragia.
- Realizar ordeños de los tubos 3 veces al día para mantenerlos permeables.

5 Discusión-Conclusión

Con esta revisión hemos visto en qué consiste el drenaje torácico en un paciente, que tipos existen (drenaje torácico abierto y cerrado) así como cuando están indicados.

Aunque nos hemos centrado más en los tipos de cuidados de enfermería que debemos de tener con el paciente que porta un drenaje torácico: control de las constantes vitales, control del líquido drenado, controlar los principales síntomas asociados, control de dieta, comprobar el correcto funcionamiento del sistema y de lo más importante cabe destacar el cambio estéril del apósito cada 24 horas y el control de los signos de infección en el punto de inserción.

6 Bibliografía

- 1- cuidados de enfermería drenaje torácico - <https://revistamedica.com/cuidados-de-enfermeria-drenaje-toracico-pleur-evac/>
- 2- drenaje torácico cerrado- <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-pdf-S0212538212700766>
- 3- drenaje torácico - <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/atencion-de-enfermeria-al-paciente-portador-drenaje-toracico/>
- 4- drenaje torácico - <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/52174?locale-attribute=de>

Capítulo 153

EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN UN PACIENTE HOSPITALIZADO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

MIHAELA SIMONA LACOVICI

MÓNICA PÉREZ GARCÍA

ANA ESPERANZA MORCILLO ANTÓN

MARTA SANROMA GARCIA FOGEDA

MILAGROS CIUDAD LAINEZ

1 Introducción

Las úlceras por presión son lesiones que se producen por la excesiva presión que se ejerce generalmente en las prominencias óseas, según el grado de la lesión, puede llegar incluso a planos profundos encontrándonos con estructuras óseas. La causa de las úlceras debido a las fuerzas de presión existe una disminución del aporte de oxígeno y nutrientes y como consecuencia se producen estas lesiones. Por lo tanto, las úlceras por presión provocan un problema de salud tanto individual como colectiva debido a la implicación de la propia persona afectada su familia y/o sus cuidadores y además el sistema de salud.

El tratamiento de estas úlceras conlleva gastos de enfermería que son quienes realizan las curas y también al sistema de salud cuando son en ocasiones necesarios los ingresos hospitalarios. Así como gastos de medicaciones como antibióticos y atenciones médicas.

El triunfo en la prevención de las úlceras por presión requiere de un enfoque multidisciplinar, siendo el papel de la enfermería una figura primordial en la prevención y manejo de las complicaciones de las mismas. La reducción de la incidencia y la prevalencia de las úlceras por presión depende en gran parte a las medidas preventivas implantadas por el personal de enfermería y en muchas ocasiones evidencian su impacto en la reducción de la morbilidad que llevan asociada.

2 Objetivos

El objetivo principal de esta revisión bibliográfica elaborada por el personal de enfermería consiste en Describir 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

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

- 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 cómo 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 hidratará 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 anti-escaras, 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 anti-escaras. 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. <http://es.slideshare.net>.
2. <http://revistamedica.com>.
3. <http://books.google.es>.

Capítulo 154

EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS A LA MUJER EMBARAZADA

MÓNICA PÉREZ GARCÍA

MIHAELA SIMONA LACOVICI

ANA ESPERANZA MORCILLO ANTÓN

MARTA SANROMA GARCIA FOGEDA

MILAGROS CIUDAD LAINEZ

1 Introducción

Embarazo, es el tiempo desde la implantación del óvulo fertilizado en el útero hasta el parto. El feto crece en la placenta y es nutrido y madurado por el cordón umbilical. El embarazo humano dura aproximadamente 40 semanas desde el primer día del último período menstrual o 38 semanas desde la fertilización. Aproximadamente 9 meses se dividen en 3 periodos. En primer lugar, aumenta el riesgo de aborto espontáneo. Los primeros tres meses, por otro lado, se considera el momento en que el feto puede sobrevivir fuera del útero sin asistencia médica. Cuidado de mujeres embarazadas. Es imprescindible acudir al ginecólogo periódicamente y hacerse todas las pruebas y exámenes necesarios (análisis de sangre, ecografías, niveles de azúcar en sangre, etc.). Durante el embarazo, se debe prestar especial atención a:

- Alimentación: Una dieta variada y equilibrada. Evite el alcohol, la cafeína y el tabaco.☒

- Ejercicio y actividad física: moderada. Se recomiendan actividades como caminar y yoga, ya que fortalecen los músculos y te hacen sentir más feliz.

El cuello uterino se expande gradualmente a medida que emerge el feto. Al igual que la ruptura del saco amniótico, durante el embarazo se produce la descarga de un tapón mucoso sanguinolento que cierra el cuello uterino. El trabajo de parto puede durar varias horas y las contracciones dolorosas e intermitentes del útero aumentan en frecuencia e intensidad. La fase finaliza con dilatación completa (10 cm) y dilatación cervical.

La dilatación cervical es el agrandamiento de la abertura del cuello uterino. Eso es de 0 a 10 cm.☒Drene la mucosidad cervical o el tapón mucoso. Adelgazar y acortar el cuello uterino. Saco amniótico roto dilatación uterina

- Higiene Corporal: Diaria, incluyendo la hidratación de la piel, especialmente en las zonas propensas a las estrías. Se debe prestar especial atención a la higiene bucal. Debido a que la saliva altamente ácida daña el esmalte dental, las encías tienden a inflamarse más debido al aumento del flujo sanguíneo y la aparición de caries.

2 Objetivos

- Exponer las actuaciones adecuadas que debe realizar la enfermera en los cuidados para un embarazo saludable.

3 Metodología

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

4 Resultados

Durante el embarazo, el cuerpo de la mujer experimenta numerosos cambios físicos y hormonales. Los cuidados adecuados ayudan a mantener la salud de la madre, lo que puede prevenir complicaciones y problemas de salud. Las visitas

regulares al médico permiten monitorear el progreso del embarazo y abordar cualquier problema de salud que pueda surgir. Por lo tanto, es importante que las mujeres reciban una atención y cuidado adecuados para asegurar un embarazo saludable. Los profesionales de enfermería desempeñan un papel fundamental en brindar esta atención y educación a las futuras madres.

Los enfermeros, obstetras o matronas pueden realizar evaluaciones iniciales completas durante las visitas prenatales. Esto incluye recopilar el historial médico de la paciente, realizar exámenes físicos, medir la presión arterial, evaluar el crecimiento del feto y realizar pruebas de laboratorio según sea necesario. También se encargan de realizar un seguimiento regular para monitorear el progreso del embarazo. Además, los enfermeros pueden proporcionar información y educación sobre los cambios físicos y emocionales que ocurren durante el embarazo. Pueden discutir la importancia de una dieta equilibrada, el control de peso adecuado, la actividad física segura, la evitación de sustancias nocivas como el alcohol y el tabaco, y el manejo del estrés durante el embarazo. También pueden discutir la importancia de tomar suplementos prenatales que contengan ácido fólico, hierro u otras vitaminas y minerales recomendados. También pueden proporcionar información sobre medicamentos seguros durante el embarazo y cómo gestionar cualquier condición médica existente (2).

Estos profesionales están capacitados para identificar y gestionar posibles complicaciones del embarazo, como la hipertensión gestacional, la diabetes gestacional o el retraso en el crecimiento fetal. Pueden realizar seguimientos regulares, monitorear los signos vitales y trabajar en colaboración con otros profesionales de la salud para asegurar una atención integral. El embarazo puede ser una experiencia emocionalmente desafiante para muchas mujeres. Los enfermeros pueden proporcionar apoyo y orientación emocional, así como ayudar a las mujeres a lidiar con el estrés, la ansiedad o la depresión durante el embarazo. También pueden ofrecer recursos adicionales, como grupos de apoyo o servicios de asesoramiento, si es necesario (3).

En general, los profesionales de enfermería desempeñan un papel crucial en la atención y cuidado durante el embarazo saludable. Trabajan en estrecha colaboración con los médicos y otros profesionales de la salud para garantizar el bienestar tanto de la madre como del bebé.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la enfermería y los cuidados en el embarazo saludable desempeñan un papel crucial en el bienestar de la madre y el desarrollo adecuado del

bebé. Los profesionales de enfermería brindan atención integral, desde evaluaciones prenatales y educación sobre el embarazo saludable hasta el monitoreo de posibles complicaciones y el apoyo emocional y psicológico.

Los cuidados durante el embarazo ayudan a promover la salud materna, detectar y prevenir complicaciones, garantizar el desarrollo saludable del feto y prevenir complicaciones a largo plazo tanto para la madre como para el bebé. Además, el apoyo emocional y psicológico brindado por los enfermeros es fundamental para ayudar a las mujeres a afrontar los desafíos emocionales y psicológicos que pueden surgir durante el embarazo.

6 Bibliografía

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

Capítulo 155

EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS A PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

MARTA SANROMA GARCIA FOGEDA

MIHAELA SIMONA LACOVICI

MÓNICA PÉREZ GARCÍA

ANA ESPERANZA MORCILLO ANTÓN

MILAGROS CIUDAD LAINEZ

1 Introducción

En España, hay condiciones que se han creado para que nos permita un avance en este sentido, se puede ser capaz de ajustar distintos recursos humanos y materiales con una mayor eficiencia en las funciones que tienen los pacientes, ajustando y elaborando en los centros hospitalarios protocolos de infarto de miocardio con profesionales cualificados que puedan considerar que los pacientes que sufren de una patología isquémica a distintos niveles, tanto primario como secundario, se puedan crear fortalezas en aquella dedicación que tiene que ver con las acciones de la salud y que estas promuevan el identificar en una forma temprana para poder tener actuaciones rápidas en las que se pueda disminuir

los valores de mortalidad de forma global. Fortalecer las áreas de atención primaria en las comunidades autónomas del país a través de sus distintas gerencias han creado de forma intensiva la capacidad para realizar trombolisis con todo el equipo necesario en las áreas destinadas a la realización de trombolisis con personal capacitado que se ayuda con programas que ya son existentes como el de la resucitación cardiopulmonar, en cadenas de supervivencia y de capacitación de los distintos servicios de emergencias que existen en la actualidad y que puede generar grandes beneficios para el sistema de salud pública y para el individuo. Se puede comprobar en los estudios que las patologías de carácter isquémico se pueden mantener como tendencia ascendente y de forma constante en el tiempo, puede existir una mejoría de los indicadores de salud con una alimentación saludable y la realización de ejercicio habitual. En la mayoría de los países de la Unión Europea se puede observar en una línea constante que existe una tasa de mortalidad en los pacientes que se encuentran con un diagnóstico de síndrome coronario en su fase aguda que es lo habitual en la mitad de los pacientes diagnosticados con problemas cardíacos.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo de libro consiste en Saber cuáles son los cuidados de enfermería en estos pacientes y mejorar el estilo de vida en personas que acaban de sufrir un infarto agudo de miocardio.

3 Metodología

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

4 Resultados

En España, hay condiciones que se han creado para que nos permita un avance en este sentido, se puede ser capaz de ajustar distintos recursos humanos y materiales con una mayor eficiencia en las funciones que tienen los pacientes, aju-

stando y elaborando en los centros hospitalarios protocolos de infarto de miocardio con profesionales cualificados que puedan considerar que los pacientes que sufren de una patología isquémica a distintos niveles, tanto primario como secundario, se puedan crear fortalezas en aquella dedicación que tiene que ver con las acciones de la salud y que estas promuevan el identificar en una forma temprana para poder tener actuaciones rápidas en las que se pueda disminuir los valores de mortalidad de forma global. Fortalecer las áreas de atención primaria en las comunidades autónomas del país a través de sus distintas gerencias han creado de forma intensiva la capacidad para realizar trombolisis con todo el equipo necesario en las áreas destinadas a la realización de trombolisis con personal capacitado que se ayuda con programas que ya son existentes como el de la resucitación cardiopulmonar, en cadenas de supervivencia y de capacitación de los distintos servicios de emergencias que existen en la actualidad y que puede generar grandes beneficios para el sistema de salud pública y para el individuo. Se puede comprobar en los estudios que las patologías de carácter isquémico se pueden mantener como tendencia ascendente y de forma constante en el tiempo, puede existir una mejoría de los indicadores de salud con una alimentación saludable y la realización de ejercicio habitual. En la mayoría de los países de la Unión Europea se puede observar en una línea constante que existe una tasa de mortalidad en los pacientes que se encuentran con un diagnóstico de síndrome coronario en su fase aguda que es lo habitual en la mitad de los pacientes diagnosticados con problemas cardíacos.

5 Discusión-Conclusión

Como ya hemos podido ver, 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.

Para concluir este capítulo, decir que el personal de enfermería es una figura muy importante dentro del ámbito sanitario, ya que proporciona muchos cuidados día tras día en los centros hospitalarios donde desempeña sus labores estando pendiente del estado de salud de cada paciente.

Por otra parte, hay que destacar que las funciones que desempeña el personal de enfermería en el ámbito sanitario van a depender en función de las áreas de trabajo donde va estar destinado.

Para finalizar, decir que es muy importante la formación que haya recibido el personal de enfermería, ya que la vida de muchas personas va a estar en sus manos.

6 Bibliografía

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

Capítulo 156

HEMOSTASIA FEMORAL POST-CATETERISMO: MANEJO DE ENFERMERÍA

MERCEDES HONRADO PRADILLO

1 Introducción

El cateterismo cardíaco por arteria femoral es un procedimiento médico que se utiliza para diagnosticar o tratar afecciones cardíacas. Las indicaciones típicas para un cateterismo cardíaco por arteria femoral incluyen:

- Evaluación de enfermedad coronaria: El cateterismo cardíaco se realiza comúnmente para diagnosticar enfermedad coronaria. Permite visualizar las arterias coronarias y determinar si hay bloqueos o estenosis que puedan requerir tratamiento, como angioplastia o colocación de stents.
- Angina de pecho: Si un paciente experimenta dolor en el pecho (angina) y otras pruebas no proporcionan un diagnóstico definitivo, se puede realizar un cateterismo cardíaco para evaluar la circulación coronaria y detectar posibles obstrucciones.
- Infarto de miocardio: En casos de ataque cardíaco, un cateterismo cardíaco de emergencia puede ayudar a identificar el sitio de obstrucción en una arteria coronaria y permitir la restauración del flujo sanguíneo al corazón.
- Evaluación de válvulas cardíacas: El cateterismo también se utiliza para evaluar la función y estructura de las válvulas cardíacas. Esto es importante para diagnosticar enfermedades valvulares y determinar si se necesita una cirugía cardíaca.
- Derrame pericárdico: Para evaluar la presencia de líquido alrededor del corazón (derrame pericárdico) y determinar la causa subyacente.

- **Cardiomiopatía:** En algunos casos de cardiomiopatía, especialmente cuando se sospecha cardiomiopatía restrictiva, el cateterismo cardíaco puede proporcionar información valiosa sobre la función cardíaca y la presión en las cavidades cardíacas.
- **Preparación para cirugía cardíaca:** Antes de una cirugía cardíaca importante, como un reemplazo de válvula o un bypass coronario, se puede realizar un cateterismo cardíaco para obtener una evaluación completa de la anatomía cardíaca y coronaria.
- **Estudio hemodinámico:** El cateterismo también se realiza para medir la presión y el flujo sanguíneo en las cavidades del corazón y los vasos sanguíneos. Esto es importante para el diagnóstico y seguimiento de enfermedades cardíacas. Es fundamental que las indicaciones para un cateterismo cardíaco se realicen de manera individualizada, teniendo en cuenta la historia clínica y los síntomas del paciente. El procedimiento se lleva a cabo en un entorno hospitalario por profesionales médicos especializados y con la supervisión de un cardiólogo intervencionista.

El siguiente texto proporciona una descripción detallada de las indicaciones, contraindicaciones absolutas y contraindicaciones relativas para el cateterismo cardíaco a través del acceso femoral:

A. Indicaciones:

- **Crossover de otros accesos:** Esta indicación se refiere a la posibilidad de utilizar el acceso femoral cuando se ha cruzado desde otros sitios de acceso, como el radial, humeral o cubital, a la arteria femoral. Puede ser necesario en situaciones donde los otros accesos no sean adecuados o se requiera acceso adicional.
- **En técnicas que requieran material de gran calibre:** El acceso femoral se utiliza en procedimientos que necesitan el uso de material de mayor calibre, como intervenciones estructurales en las que se requieren dispositivos más grandes para el tratamiento.
- **De preferencia en procedimientos a pacientes urgentes cuando no se domina el acceso radial:** En situaciones de emergencia, se puede optar por el acceso femoral si el acceso radial no es dominado o no es adecuado. Esto asegura una rápida intervención en pacientes críticos.
- **En pacientes con bypass de ambas mamarias:** En pacientes que han sido sometidos a bypass de ambas arterias mamarias, el acceso femoral puede ser preferible debido a la anatomía y la preservación de los vasos mamarios.

B. Contraindicaciones absolutas:

- **Infección inguinal y cirugía de la zona reciente:** Cuando hay una infección activa en la región inguinal o si se ha realizado una cirugía reciente en esa área, se

considera una contraindicación absoluta, ya que existe un alto riesgo de complicaciones.

- Compromiso estenótico severo y/u oclusivo de la rama iliofemoral o de la aorta terminal con pérdida de pulso: Si hay una obstrucción grave en las arterias iliofemorales o en la aorta terminal que causa una pérdida de pulso, el acceso femoral está contraindicado debido a la falta de flujo sanguíneo adecuado.
- Aneurisma o pseudoaneurisma femoral: La presencia de un aneurisma o pseudoaneurisma en la arteria femoral es una contraindicación absoluta debido al alto riesgo de complicaciones y ruptura.

C. Contraindicaciones relativas:

- Injerto sintético: bypass femoral: Si un paciente tiene un injerto sintético previo, como un bypass femoral, se considera una contraindicación relativa. El acceso femoral puede ser más difícil o riesgoso en estos casos.
 - Tortuosidad aortoiliaca importante, enfermedad vascular periférica: En presencia de una tortuosidad aortoiliaca significativa o enfermedad vascular periférica, el acceso femoral se vuelve más complicado, pero aún puede ser una opción si se toman precauciones adicionales.
 - Incapacidad de tolerancia al decúbito: Si un paciente no puede tolerar la posición de decúbito durante el procedimiento, se considera una contraindicación relativa, ya que la mayoría de los cateterismos cardíacos se realizan con el paciente acostado.
 - Cicatrices importantes que afecten a la zona de punción: Las cicatrices significativas en la zona de punción inguinal pueden dificultar el acceso femoral. Sin embargo, en algunos casos, aún puede ser posible realizar el procedimiento con precauciones adicionales.
 - Situaciones neuropsiquiátricas que impidan el correcto reposo posterior: Si un paciente padece de condiciones neuropsiquiátricas que dificulten el reposo después del procedimiento, se considera una contraindicación relativa, ya que el reposo es importante para prevenir complicaciones.
 - Obesidad mórbida: En pacientes con obesidad mórbida, el acceso femoral puede ser más desafiante debido a la dificultad en la identificación de las estructuras anatómicas. Aún es posible, pero se deben tomar precauciones adicionales.
 - Dispositivo vascular de cierre con tapón de colágeno reciente de menos de 3 meses: Si un paciente ha tenido un dispositivo vascular de cierre con tapón de colágeno colocado en la arteria femoral en los últimos tres meses, se considera una contraindicación relativa, ya que puede interferir con el acceso femoral.
- Estas indicaciones y contraindicaciones son importantes consideraciones médicas al decidir si el acceso femoral es adecuado para un paciente en particular

antes de un cateterismo cardíaco. Cada paciente debe evaluarse individualmente para garantizar la seguridad y eficacia del procedimiento.

2 Objetivos

- Conocer las indicaciones y contraindicaciones del acceso femoral para la realización del cateterismo cardíaco.
- Identificar de manera eficaz las posibles complicaciones y actuar para su prevención.

3 Metodología

En la elaboración de este capítulo, hemos llevado a cabo una exhaustiva investigación que implicó la revisión de la literatura científica más reciente. Realizamos una búsqueda sistemática, examinando detenidamente libros, artículos en bases de datos destacadas como PubMed y Scielo, así como publicaciones especializadas en el campo de la cardiología.

4 Resultados

Las complicaciones derivadas de la punción continúan siendo las más comunes en el cateterismo. Estas tasas oscilan aproximadamente entre el 0,3-1% en estudios de diagnóstico y del 1,5-5% en procedimientos terapéuticos.

Como profesionales, nuestra influencia se refleja en las acciones destinadas a mejorar estos aspectos:

- Control de la ansiedad del paciente: Debemos abordar y responder a las preocupaciones y preguntas del paciente, proporcionando un entorno cómodo y agradable. En caso necesario y de acuerdo con la prescripción médica, se puede considerar la administración de sedación intravenosa.
- Educación sobre la importancia del reposo de la extremidad puncionada: Es fundamental informar al paciente sobre la necesidad de mantener la extremidad en reposo durante el tiempo requerido según la técnica de punción y el método de hemostasia utilizado. También es importante ofrecer alternativas para su comodidad.
- Mantenimiento de signos vitales dentro de rangos normales: Debemos monitorear constantemente los signos vitales del paciente y estar atentos a cualquier cambio, tomando medidas según las necesidades detectadas.

Las complicaciones del cateterismo se dividen en varios aspectos. A continuación, detallaremos estas clasificaciones:

A. Según el tiempo de aparición: a) Complicaciones Precoces (< 24 h): Sangrado capilar o babeo.

- Hemorragia: La pérdida de sangre que puede ocurrir debido a una ruptura de un vaso sanguíneo.
- Disección femoral: La separación de las capas de la pared de la arteria femoral debido a una lesión o debilitamiento, lo que puede provocar una obstrucción o hemorragia.
- Espasmo vascular: La contracción repentina y persistente de los vasos sanguíneos, lo que puede restringir el flujo sanguíneo.
- Isquemia periférica y trombosis del miembro: La disminución del flujo sanguíneo en una extremidad debido a un coágulo sanguíneo (trombosis), lo que puede llevar a la falta de oxígeno y daño tisular.
- Reacción vagal: Una respuesta del nervio vago que puede provocar síntomas como mareos, náuseas, bradicardia (pulso lento) y sudoración profusa.
- Dolor y sangrado postdeambulaci3n: Malestar y pérdida de sangre que ocurren después de que el paciente ha comenzado a caminar tras el procedimiento médico.

b) Complicaciones Tardías (> 24 h):

- Equimosis: También conocida como "morat3n" o "cardenal", es una decoloraci3n de la piel que ocurre debido a la extravasaci3n de sangre debajo de la superficie cutánea como resultado de un daño a los vasos sanguíneos.
 - Hematoma: Una acumulaci3n localizada de sangre en un área del cuerpo, generalmente causada por una lesi3n o un sangrado interno, que puede resultar en una hinchaz3n y un cambio de color en la piel.
 - Pseudoaneurisma: Es una extravasaci3n de sangre que se acumula en una cavidad cercana a una arteria debido a un daño en la pared arterial, formando un saco aneurismático falso.
 - Fístula arteriovenosa: Una conexi3n anormal entre una arteria y una vena, que permite un flujo anómalo de sangre entre ambas, a menudo resultante de una lesi3n o un procedimiento médico.
 - Infecci3n: La invasi3n y proliferaci3n de microorganismos pat3genos, como bacterias, virus u hongos, en un tejido o un organismo, lo que puede provocar una respuesta inflamatoria y síntomas como fiebre, dolor y malestar.
- B. Según la gravedad: a) Complicaciones Menores: En general, aquellas que no prolongan la estancia ni conllevan consecuencias significativas para el paciente, como:

- Sangrado capilar.

- Reacción vagal.
- Dolor.
- Hematoma menor de 5 cm.
- Equimosis. b) Complicaciones Mayores o Graves: Estas aumentan la estancia, los costes y la morbilidad. Incluyen:
 - Hemorragia o hematoma que requiere cirugía o transfusión.
 - Infección que prolonga la estancia hospitalaria.
 - Pseudoaneurisma femoral.
 - Fístula arteriovenosa.
 - Hematoma retroperitoneal.
 - Isquemia periférica.
- Según la frecuencia.

La detección precoz de complicaciones es fundamental, con un enfoque en el sangrado, que es la complicación más frecuente. Se divide en: a) Hemorragias:

- Hemorragias leves: pérdida de sangre a través del orificio cutáneo de la punción que cede a la compresión.
- Hemorragias moderadas: sangrados que alargan el período de hemostasia o que ocurren después de la deambulación.
- Hemorragias graves: requieren cirugía vascular reparadora y/o transfusión de sangre. b) Hematomas:
 - Hematomas leves: sin induración, equivalentes a la equimosis.
 - Hematomas pequeños: área indurada menor de 5 cm.
 - Hematomas moderados: induración entre 5 y 10 cm.
 - Hematomas graves o grandes: área de induración mayor de 10 cm. c) Otras complicaciones:
 - Pseudoaneurismas: extravasación de sangre que forma un "saco aneurismático falso."
 - Fístula arteriovenosa (FAV): presencia de un soplo continuo en la zona de punción.

Isquemia periférica del miembro: manifestada por la falta de perfusión y pérdida de pulso distal.

- Infección: poco frecuente y rara vez sistémica.
- Neuropatía: relacionada con grandes hematomas que comprimen un nervio.
- Dolor y reacción vasovagal: complicaciones frecuentes, normalmente asociadas a la colocación o retirada del introductor.

Es fundamental mantener una vía periférica permeable para actuar rápidamente en caso de complicaciones, así como monitorizar la frecuencia cardíaca y la presión arterial antes y después de la introducción del introductor.

Una compresión manual adecuada es esencial para facilitar la formación de coágulos, ralentizando el flujo sanguíneo sin detenerlo por completo. Mantener un pulso distal atenuado no requiere una gran fuerza, sino una técnica precisa. Esto desencadenará la cascada de coagulación y la adherencia inicial de las plaquetas, seguida de la reconstitución de los tejidos en una etapa posterior.

Para llevar a cabo una compresión manual eficiente, es importante crear un entorno físico cómodo y seguro. La retirada de la vaina del introductor puede variar según el uso de medicamentos anticoagulantes y antiagregantes, determinando los tiempos adecuados para cada caso. En procedimientos diagnósticos sin heparina y tiempos de coagulación normales, se retira de inmediato. Para procedimientos terapéuticos con dosis completas de heparina, se espera un promedio de 3-4 horas o hasta que el tiempo de coagulación activado (ACT) sea inferior a 160-180 segundos.

El paciente debe estar acostado en la camilla al inicio de la compresión, monitorizado para controlar la frecuencia cardíaca y la presión arterial, a la altura adecuada para facilitar la compresión. Es fundamental mantener una vía periférica permeable y disponer de medicamentos de rescate cercanos. Controlar el dolor es crucial, y se puede considerar una nueva infiltración de anestesia local si es necesario. Además, mantener una tensión arterial aceptable es importante para evitar la hipertensión, ya que requeriría aumentar los tiempos y la fuerza de compresión.

Cuando llega el momento de retirar el introductor, se realiza aproximadamente 2 cm por encima del punto de punción, localizando el pulso femoral. La vaina se retira aplicando una compresión firme con dos o tres dedos para inmovilizar la arteria sobre la base ósea. La presión inicialmente es oclusiva, seguida de una compresión atenuada para favorecer la formación del coágulo sin detener por completo el flujo sanguíneo. No se debe retirar la compresión bruscamente. Si hay sangrado al levantar los dedos durante los primeros minutos, se debe aplicar compresión adicional en intervalos de 5 minutos hasta lograr la hemostasia.

Luego, se coloca un vendaje compresivo, que puede consistir en torundas tubulares de celulosa o gasa cruzadas sobre la zona de punción y fijadas con tiras elásticas sobre la piel protegida con un spray plástico. Los tiempos de reposo varían según los protocolos, con un promedio de 10-12 horas. Si no surgen problemas, se retira el vendaje, se permite la deambulación y, si es necesario, se da de alta al paciente. Durante este proceso, es esencial que la enfermera minimice el daño en la piel y el tejido sometido a compresión prolongada, evitando abrasiones y lesiones dolorosas. También debe observar y registrar cualquier signo de complicaciones vasculares, como extravasación, equimosis, hematoma o alteración

en la zona de punción, y tomar medidas adecuadas. Además, se debe verificar la recuperación del pulso femoral y los pulsos distales.

Existen otros métodos menos utilizados, e incluso algunos en desuso, que incluyen la compresión mecánica mediante dispositivos como:

- El C-Clamp® o CompressAR®: En ambos casos, se emplean dispositivos metálicos con forma de "C" equipados con discos de nylon de diferentes tamaños para adaptarse a las necesidades de cada paciente. Estos dispositivos permiten el ajuste de la presión en la arteria femoral y se colocan debajo del colchón. La parte ajustable en altura y longitud se adapta para lograr una compresión adecuada y sigue un protocolo similar al de la compresión manual, con un tiempo de hemostasia aproximado de 20 minutos.

- Por compresión neumática, utilizando un dispositivo denominado Femostop®. Este sistema consta de tres partes: un cinturón de poliéster de 12 cm de ancho, un arco de plástico y un cojín neumático de acetato de vinilo transparente. El cojín neumático se infla mediante un manómetro, ejerciendo una presión recomendada de 30 mmHg por encima de la presión sistólica del paciente. Esta presión se mantiene durante al menos 25 minutos. Después de este período, se reduce gradualmente la presión del cojín neumático en intervalos de 5 minutos, y una vez que la presión llega a cero y no hay sangrado, se retira el Femostop®. A continuación, se aplica un vendaje compresivo, que puede ser holgado pero debe mantener cierta presión durante las siguientes 24 horas.

- Compresión por peso, involucra el uso de un saco de arena que pesa entre 2 y 4 kg y se coloca sobre la zona de punción durante un período que varía según los protocolos, generalmente de 4 a 6 horas. Actualmente, este método se encuentra en desuso, aunque en algunos centros se utiliza para evitar el vendaje compresivo después de la compresión mecánica, aplicándolo aproximadamente 3 horas después de retirar el dispositivo. Un inconveniente importante de este método es que no permite un control directo sobre la zona de punción ni la aplicación focal de la presión, lo que ha llevado a su limitado uso como complemento de otras técnicas hemostáticas, principalmente para reforzar el vendaje compresivo.

Otro método, como la compresión manual asistida por parche hemostático es una técnica que ha ganado popularidad en la reducción de los tiempos de hemostasia y deambulación posterior en pacientes sometidos a procedimientos de cateterismo. Estos parches hemostáticos están compuestos de sustancias procoagulantes y permiten una rápida recuperación (generalmente de 6 a 20 minutos de hemostasia y de 1 a 4 horas de deambulación). Además, ofrecen ventajas al minimizar las molestias para los pacientes y reducir las complicaciones asociadas a otros métodos, como el aumento de las infecciones. Esta técnica también per-

mite la repetición inmediata de la punción. A pesar de estas ventajas, su uso aún no se ha generalizado debido a su costo adicional. A continuación, se destacan algunos de los parches hemostáticos más ampliamente utilizados en nuestro entorno, como el Clo-Sur-PAD®.

El Clo-Sur-PAD® se compone de un polímero natural llamado acetato de polipropilato, que se deriva del quitosán, una sustancia obtenida de las conchas de los crustáceos. Este parche hemostático, gracias a las propiedades de su compuesto, posee una carga catiónica que reacciona con la carga negativa de los glóbulos rojos, lo que induce la formación de un coágulo. Es importante destacar que este parche hemostático fue el primero en introducirse en el mercado y ha sido ampliamente utilizado en nuestro país.

Como enfermeras, debemos estar familiarizadas con los cuidados de enfermería y proporcionar instrucciones claras al paciente al momento de dar el alta tras un procedimiento. Aquí se detallan las evaluaciones y actividades que deben llevarse a cabo:

A. Evaluación del paciente tras la intervención:

- Comprobar la zona de acceso, observando y palpando para detectar hematoma, hinchazón, babeo o sangrado.
- Evaluar la presencia y calidad de los pulsos distales en comparación con el estado previo al procedimiento, siguiendo el protocolo del hospital.
- Inspeccionar la extremidad inferior, prestando atención al color, temperatura, sensación y movilidad.
- Verificar los signos vitales de acuerdo con el protocolo del hospital.
- Mantener la zona de punción limpia y seca.
- Cambiar los apósitos cuando sea necesario, utilizando técnicas estériles.

B. Actividad del paciente:

- La cabeza de la cama puede elevarse hasta 30-45 grados.
- El paciente puede girarse de lado, manteniendo la pierna afectada estirada.
- Los pacientes deben sujetar la zona de punción al toser, estornudar, si tienen náuseas, al subir escaleras o al cambiar de posición de sentado a de pie durante 3-4 días.
- Los pacientes pueden levantarse y recibir el alta siguiendo las instrucciones del médico responsable y dependiendo de la técnica hemostática utilizada.

C. En caso de sangrado:

- Para sangrado (babeo), la intervención de enfermería implica aplicar una ligera compresión manual (digital) en la zona de punción durante aproximadamente 2-3 minutos. Se debe analizar la fuente e intensidad del sangrado y evaluar el estado de la zona, incluyendo la presencia de hematoma o hinchazón. Una vez que se

logra la hemostasia, se aplica un apósito transpirable, y en caso de persistir el sangrado, se puede utilizar un vendaje compresivo.

- Para una hemorragia activa, que puede presentarse como un flujo pulsátil o como un hematoma creciente, la intervención de enfermería implica aplicar compresión manual por encima del punto de punción para controlar el sangrado. Se debe colocar al paciente en posición de decúbito supino, comprobar los signos vitales y, si está dentro de los protocolos del hospital, aplicar un sistema de compresión auxiliar. Una vez que se logra la hemostasia, se coloca un apósito transpirable (gasa doblada en cuatro) sobre la punción y se informa al médico de cualquier cambio en el estado del paciente.

D. Instrucciones al alta:

Al revisar las instrucciones de cuidado con el paciente, asegúrese de incluir las peculiaridades de la técnica hemostática utilizada. A nivel general, se recomienda al paciente lo siguiente:

- Puede ducharse, pero debe evitar sumergirse en agua (baños o piscinas) durante 3-4 días hasta que la piel cicatrice.
- Cambio de vendaje o apósito: Debe cambiar el vendaje después de 24 horas, limpiar la zona con jabón suave y agua, secarla cuidadosamente y cubrirla con un apósito. Debe cambiar el apósito diariamente hasta que la piel cicatrice (3-4 días).
- El paciente puede notar un pequeño bulto (del tamaño de un guisante) o adormecimiento en la zona, lo cual es normal.
- Modificar la actividad durante 48-72 horas: No debe levantar objetos pesados (> 5 kg), no debe conducir el día del alta y debe reducir esta actividad durante 3 o 4 días adicionales.
- Debe consultar al médico si experimenta fiebre, sangrado, manchado en el vendaje, picazón, hinchazón o adormecimiento persistente en la zona, enrojecimiento y/o calor al tacto, o dolor al caminar, o cualquier otro síntoma inusual.

5 Discusión-Conclusión

El procedimiento de cateterismo es una técnica médica que involucra múltiples aspectos, tanto médicos como de enfermería, y tiene un objetivo claro: lograr el cierre vascular sin complicaciones. Este procedimiento debe preservar la integridad de la arteria para futuros usos, garantizar la comodidad y seguridad del paciente, y minimizar al máximo las complicaciones que pueden surgir. Sin embargo, a pesar de los avances en esta técnica, las complicaciones derivadas de

la punción siguen siendo comunes, y es fundamental que los profesionales de la salud trabajen en conjunto para mejorar estos aspectos.

Las complicaciones asociadas al cateterismo pueden ser de distintos tipos y se dividen en función de varios criterios. Estas complicaciones pueden ser tanto precoces, que ocurren en las primeras 24 horas después del procedimiento, como tardías, que se manifiestan después de este período. Además, se clasifican en complicaciones menores, que generalmente no prolongan la estancia ni conllevan consecuencias significativas para el paciente, y complicaciones mayores o graves, que aumentan la estancia, los costes y la morbilidad. La detección temprana de estas complicaciones, con un enfoque en el sangrado, es esencial ya que es la complicación más común.

Las complicaciones frecuentes en cateterismo incluyen la hemorragia, la disecación femoral, el espasmo vascular, la isquemia periférica, la reacción vagal, el dolor y el sangrado postdeambulación. Cada una de estas complicaciones debe ser abordada con cuidado y en función de su gravedad. Además, es fundamental que los profesionales de la salud mantengan una vía periférica permeable para actuar rápidamente en caso de complicaciones y monitoreen de manera constante los signos vitales del paciente, estando atentos a cualquier cambio que pueda requerir medidas adicionales.

En cuanto a las técnicas de compresión, se han desarrollado diversas opciones para garantizar la hemostasia y minimizar el sangrado. Estas incluyen la compresión manual, la compresión mecánica mediante dispositivos como el C-Clamp® o CompressAR®, la compresión neumática con el dispositivo Femostop®, y la compresión por peso utilizando un saco de arena. Cada una de estas técnicas tiene sus ventajas y desventajas, y su elección dependerá de las necesidades y características del paciente, así como de las preferencias del profesional médico. Entre estas técnicas, la compresión manual asistida por parche hemostático ha ganado popularidad debido a su capacidad para reducir los tiempos de hemostasia y deambulación posterior. Los parches hemostáticos, como el Clo-Sur-PAD®, están compuestos de sustancias procoagulantes y permiten una rápida recuperación del paciente. Sin embargo, su uso aún no se ha generalizado debido a su costo adicional.

Finalmente, es esencial que los profesionales de enfermería estén bien preparados para cuidar a los pacientes sometidos a procedimientos de cateterismo. Esto implica una serie de evaluaciones y actividades, desde la inspección de la zona de acceso, la verificación de los signos vitales y el manejo de las complicaciones hasta la educación del paciente sobre el reposo de la extremidad puncionada y las instrucciones al alta. La comunicación efectiva con el paciente es crucial para

reducir la ansiedad y brindarle el apoyo necesario durante todo el proceso. En resumen, el cateterismo es un procedimiento médico que conlleva riesgos, pero con la atención y los cuidados adecuados, es posible minimizar esas complicaciones. Los avances en técnicas de compresión y el desarrollo de parches hemostáticos son ejemplos de cómo la medicina está trabajando para mejorar la seguridad y la comodidad de los pacientes sometidos a esta intervención. La formación continua y la colaboración entre médicos y enfermeras son esenciales para garantizar el éxito de este procedimiento y la recuperación de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Marquis-Gravel G, Boivin-Proloux LA, Huang Z, Zelenkofske SL, et al. Femoral Vascular Closure Devices and Bleeding, Hemostasis, and Ambulation Following Percutaneous Coronary Intervention. JAHA. [Internet] 2022 [Consultado el 15 de octubre de 2023] Disponible en: https://www.ahajournals.org/history/5adafcd8-417a-4734-8d31-25c490d6c895/10.1161_jaha.122.025666_c895.pdf
2. Barker CM, Dahm, C. Femoral Access, Hemostasis, and Complications for Transcatheter Aortic Valve Replacement. Interventional Cardiology Clinics. [Internet] 2021 [Consultado el 15 de octubre de 2023]; 10(4): 423-430. Disponible en: <https://europepmc.org/article/med/34593106>
3. Mejia JVC, dos Santos Cesário JM, de Paula Flauzino VH. Complicaciones en el posoperatorio de la angioplastia coronaria transluminal percutánea: una visión a los cuidados de enfermería. Research, Society and Development, [Internet] 2021. [Consultado el 15 de octubre 2023]; 10 (12). Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj2u63b8P2BAxXlTKQEHeRRDEUQFnoECBwQAQ&url=https%3A%2F%2Frsdjournal.org%2Findex.php%2Frsd%2Farticle%2Fdownload%2F20220%2F18106%2F246934&usg=AOvVaw3zS9XPiBobkYWFfgzmJ8Xe&opi=89978449>
4. Dis Vilamala, I. R., Gómez, E. A., Hazzaoui, M. R., & Moreno, J. R. (2021). Caso clínico: plan de cuidados de enfermería en un paciente sometido a cateterismo cardiaco de alto riesgo con soporte ventricular Impella. Enfermería en cardiología: revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología, (82), 52-57. ponible en: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/20220>
5. Vilamala IR, Gómez EA, Hazzaoui MR, Moreno JR. Caso clínico: plan de cuidados de enfermería en un paciente sometido a cateterismo cardiaco de alto riesgo con soporte ventricular Impella. Enfermería en cardiología: revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología. [Internet]

2021. [Consultado el 15 de oct 2023]; 28 (82), 52-57. Disponible en: Caso clínico: plan de cuidados de enfermería en un paciente sometido a cateterismo cardiaco de alto riesgo con soporte ventricular Impella

6. Fernández Fernández MC, Jalón Navas A, Egozcue Louise J, et all. Complicaciones vasculares ocales del cateterismo cardiaco vía femoral. Seram. [Internet] 2021 [Consultado el 15 de oct 2023]; 1 (1): 35. Disponible en: <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/4632>

Capítulo 157

ROL DE LA FAMILIA EN EL DEBUT DE DIABETES MELLITUS TIPO 1 EN LA INFANCIA. ACTUACIÓN ENFERMERA

GEMA CUARTERO ESCARABAJAL

1 Introducción

La Diabetes Mellitus Tipo 1 (DMT1) es una patología crónica y autoinmune que suele presentar su aparición entre los 2 - 12 años. La educación para la salud, enfocada hacia la nutrición y el autocuidado es fundamental para el control de la glucemia y la mejora de la calidad de vida de las personas que tengan DMT1. Esta enfermedad suele aparecer durante la infancia o en la adolescencia lo que dificulta su control, ya que para esto debemos de incluir a los/as cuidadores/as en la educación para la salud.

Una enfermedad crónica ya supone una gran carga para la persona que la padece, pero esto puede verse de una perspectiva peor cuando el que la sufre puede ser una hija o un hijo tuyo. Los niveles de estrés sufridos en el manejo de la enfermedad pueden manifestarse con una sintomatología ansiosa, incluso depresiva. La carga emocional y el estrés pueden dificultar el control de la patología de los pacientes pediátricos, facilitando la aparición de complicaciones.

El papel de la Enfermera en estas situaciones puede ser crucial. La educación para la salud es una herramienta fundamental en el momento del debut, ya sea para los/as cuidadores/as principales como para los pacientes en edad infantil.

2 Objetivos

Examinar las dificultades que encuentran los/as cuidadores principales en el cuidado de los pacientes pediátricos con DMT1.

Identificar la sintomatología ansiosa-depresiva que pueden presentar los/as cuidadores/as principales en niños/as con debut de DMT1.

Mostrar herramientas para mejorar el control metabólico, la adherencia al tratamiento y la carga emocional en la DMT1.

3 Metodología

En este capítulo se ha realizado mediante una investigación en una revisión bibliográfica recopilando aquella información relevante sobre el tema a estudiar. Se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos y documentos en diferentes bases de datos que son: Dialnet Plus y Medline y como fuente terciaria, Google Académica. Para filtrar las búsquedas se ha seleccionado como idioma "Español" y se han usado como palabras clave: "Diabetes Mellitus", "Pediátrico", "Cuidadores principales", "Familia".

4 Resultados

El diagnóstico de la DMT1 suele tener un gran impacto en el paciente y en la familia, debido a la carga y a la cronicidad de esta. Uno de los factores individuales que juega un papel importante es principalmente la edad con la que debute el paciente pediátrico. Además no debemos de olvidar que factores como el apoyo social y familiar, el conocimiento de la patología, etc son imprescindibles para que el paciente presente una menor carga ante la patología. Diferentes estudios aseguran que tras el debut en la DMT1 el propio paciente como los/as cuidadores/as principales suelen sufrir una suma de emociones que son difíciles de gestionar.

Tras el debut la familia puede pasar por un proceso de duelo en el que se experimentan emociones como la negación, miedo, ira, aceptación y afrontación del proceso. La primera de ellas es la más complicada, la negación, es importante que como rol familiar no nos estancamos en ninguna de ellas y transmitimos al paciente, seguridad y calma ante la situación. Es importante ofrecer ayuda psicológica en estos momentos, si se observa que no aceptan el diagnóstico, ya que ellos sostendrán la carga de la patología. Su estrés y ansiedad pueden tener como resultados un mal control de la patología.

En todos los estudios se coincide en que se debe potenciar el autocuidado y el apoyo a las redes más cercanas. El profesional de Enfermería debería estar alerta tras el debut, para identificar si los/as cuidadores/as principales se encuentran colapsados y con inseguridades y miedos, para proporcionarle la ayuda necesaria. Ante ello, deberíamos de evaluar cuáles son los conocimientos que posee y tras ello plantear una estrategia para afrontar el proceso de forma segura.

5 Discusión-Conclusión

El profesional de Enfermería es el que se encuentra en primera línea cuando ocurre el debut en la DMT1. Es de vital importancia tener en cuenta al propio paciente pediátrico, pero sin olvidarnos de su red principal, su familia. Los cuidadores/as principales van a ser los que soporte la carga física como psicología de la enfermedad. Es nuestra obligación ofrecerles conocimientos y herramientas, haciendo uso de la educación para la salud, disminuyendo su situación ansiosa-depresiva. Hoy en día existe una educación terapéutica que incluye a los niños/as como a las familias. Mediante juegos interactivos pueden enseñarse aspectos claves para el control de la patología. El autocontrol y el autoconocimiento son imprescindibles para conseguir un buen control metabólico.

6 Bibliografía

- Baeriswyl, K. (2017). Salud mental, factores psicológicos y familiares en niños diabéticos tipo 1 entre los 8 y los 12 años que viven en la V región.
- Hilda Noemí, C. V., Georgina María, Z. T., Blanca Graciela, T. B., & Armando, R. S. (2022, October). Juego” Los cuidaditos para la diabetes mellitus tipo 1”. In XIX Congreso de la Sociedad Cubana de Enfermería.
- Lacomba Trejo, L., Casaña Granell, S., Pérez Marín, M. A., & Montoya Castilla, I. (2017). Estrés, Ansiedad y Depresión en cuidadores principales de pacientes pediátricos con Diabetes Mellitus Tipo 1. *Calidad de Vida y Salud*, 2017, vol. 10, num. 1, p. 10-22.

Capítulo 158

NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN DURANTE EL ENVEJECIMIENTO. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

GEMA CUARTERO ESCARABAJAL

1 Introducción

La OMS define el envejecimiento como esa etapa de la vida en la que se deterioran tanto las capacidades físicas como mentales de la persona. Esto se produce, ya que a lo largo del tiempo nuestro organismos y todas las estructuras que lo componen se van dañando y deteriorando. El envejecimiento es un asunto mundial porque entre el periodo de 2015-2050 se espera un aumento del número de personas mayores de 60 años de un 12% a un 22%. Esto supone un gran reto para todos los sistemas asistenciales a nivel mundial.

Durante esta etapa vital ocurren cambios fisiológicos (metabólicos y físicos) y cambios mentales (calidad de vida, cambios de rutina, soledad). Para que estos cambios tengan la menor repercusión posible es importante adaptar nuestra forma de vida a la etapa en la que nos encontramos.

En este capítulo queremos darle la importancia al ámbito de la alimentación y nutrición en esta etapa. Diversos estudios afirman que el estado nutricional del individuo puede determinar la longevidad y calidad de vida del mismo. Los ancianos se caracterizan por presentar alteraciones en la alimentación como pueden ser: desnutrición, déficits de vitaminas/nutrientes y alteraciones de ingestas ya sea por exceso o defecto de esta.

2 Objetivos

Identificar las carencias nutricionales en la población anciana.

Exponer los mitos en la alimentación en el envejecimiento.

Mostrar herramientas que puede proporcionar el personal de enfermería.

3 Metodología

En este capítulo se ha realizado mediante una investigación en una revisión bibliográfica recopilando aquella información relevante sobre el tema a estudiar. Se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos y documentos en diferentes bases de datos que son: Dialnet Plus y Medline y como fuente terciaria, Google Académica. Para filtrar las búsquedas se seleccionó como idioma "Español" y se han usado como palabras clave: "Alimentación", "Nutrición", "Envejecimiento", "Ancianos".

4 Resultados

Los cambios sufridos durante el envejecimiento repercute en su capacidad de autocuidado.

Cada cambio fisiológico que se produce en esta etapa tiene diferentes consecuencias en el ámbito nutricional. Un descenso de la actividad física tendrá como consecuencia una disminución de la ingesta energética del individuo, así como, menor cantidad de masa magra en el organismo. Los cambios sensoriales producen una falta de apetito en el anciano, lo que puede producir un déficit en ingestas y nutrientes. Por otro lado, en cuanto a los cambios sociales, suele producirse un aislamiento social que tiene como consecuencia una disminución de la ingesta.

Se recomienda que durante esta etapa se comienza a realizar una reducción de $\frac{1}{3}$ de la ingesta hábitat. La OMS recomienda una reducción de una 10% entre 50-59 años, un 20% entre 60-69% y un 30% a partir de los 70 años.

Algunos consejos que se establecen para esta etapa vital son los siguientes:
Aumentar las relaciones sociales para que podamos mantener nuestro apetito.
Realizar algún deporte ya sea en solitario o en grupo.
Consumir diariamente frutas y verduras.

Asegurar ingestas hídricas durante todo el día.

Evitar alimentos que posean grasas y colesterol

Aumentar la ingesta de calcio como medida para prevenir la osteoporosis.

No descuidar la ingesta de fibra, ya que el estreñimiento es frecuente en esta época.

Moderar el consumo de dulces y azúcares.

Regular el consumo de sal.

Los profesionales de enfermería debemos concienciar a la población anciana de que realizando estos cambios podrán mejorar su calidad de vida notablemente, incluso se puede producir un alargamiento de la propia vida. La atención primaria es una toma de contacto principal con este grupo poblacional y mediante el cual pueden realizarse actividades que tengan objetivos saludables.

5 Discusión-Conclusión

Todos los cambios fisiopatológicos que se producen en el envejecimiento tienen consecuencias en todas las esferas de la vida. Para hacerle frente tienen que informarse y realizar cambios en nuestra vida diaria que les permita vivir más años y mucho más sanos. Los principales problemas que pueden ocurrir son un déficit de ingestas o, por el contrario, un aumento o mantenimiento de esta. Por ello, nuestras/os enfermeras/os del centro de salud pueden darles las herramientas necesarias para comprender los cambios que se están produciendo en su organismo y cómo pueden adaptarse a ellos de la mejor forma posible. Disfrutar del envejecimiento saludable es clave.

6 Bibliografía

Sánchez Zaplana, I., & Maestre, E. (2013). Alimentación y envejecimiento. ROL. Revista Española de Enfermería, 2013, vol. 36, num. 6, p. 8-15.

Méndez, A. P. (2014). Alimentación adecuada para un envejecimiento saludable. Boletín UISESS, 15(1), 5-8.

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022). Envejecimiento y salud. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Capítulo 159

TÉCNICAS Y HABILIDADES DE LA COMUNICACIÓN EN LA ACTUACIÓN ENFERMERA

GEMA CUARTERO ESCARABAJAL

1 Introducción

Uno de los principales problemas que nos podemos encontrar en la asistencia sanitaria es el descontento de los pacientes en cuanto a la comunicación que han tenido con los profesionales sanitarios o al trato que han recibido. Las habilidades de los profesionales sanitarios para la comunicación juega un papel fundamental a la hora de establecer una relación de confianza con el paciente y conseguir una buena adherencia al tratamiento entre otras cosas.

Según la RAE, la comunicación se puede definir como el proceso de compartir algo con otros seres vivos y poder ponerlo en común. Este proceso se compone de una emisión de señales o sonidos que emite un emisor y el receptor tiene que percibir, interpretarlas e integrarlas en él. Entre los principios básicos de la comunicación encontramos una buena actitud ante la comunicación, tener buena capacidad a escuchar y ponerse en cuestión.

Existen dos tipos de comunicación principalmente, la comunicación verbal y la comunicación no verbal. En el ámbito sanitario la comunicación verbal es fundamental para establecer la relación con nuestros pacientes, sin olvidarnos de la comunicación no verbal, ya que es por la cual expresamos nuestras emociones y sentimientos. Es fundamental que el profesional sanitario cuide el entorno en el que se van a producir las comunicaciones, haciendo uso de las habilidades que tenga a su disposición, como pueden ser la escucha activa y una actitud asertiva ante la situación.

2 Objetivos

Exponer los diferentes tipos de comunicaciones.

Mostrar habilidades comunicativas útiles para los profesionales del ámbito sanitario.

Explicar la importancia de mejorar nuestras comunicaciones con los pacientes.

3 Metodología

En este capítulo se ha realizado mediante una investigación en una revisión bibliográfica recopilando aquella información relevante sobre el tema a estudiar. Se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos y documentos en diferentes bases de datos que son: Dialnet Plus y Medline y como fuente terciaria, Google Académica. Para filtrar las búsquedas se ha seleccionado como idioma "Español" y se han usado como palabras clave: "Comunicación", "Habilidades", "Enfermería", "Sanitario".

4 Resultados

Una comunicación buena y cuidada nos permitirá mejorar nuestras relaciones como profesionales sanitarios. Mejorar en el ámbito comunicativo nos permitirá establecer mejores relaciones terapéuticas, ofrece al paciente una relación de confianza beneficiosa para ambas partes, y nos permite obtener datos relevantes para la salud de estos. No podemos olvidar la comunicación no verbal. Diferentes estudios aseguran que trabajar nuestra comunicación verbal nos será útil para corroborar lo que decimos con nuestra comunicación verbal, enfatizar las conversaciones y darles un sentido más emocional.

Cuando se nos prepara para trabajar en el ámbito sanitario se nos muestra diferentes técnicas y/o habilidades útiles a lo largo de nuestra profesión. Estas habilidades son las siguientes:

Asertividad. Se define como la capacidad de decir lo que uno piensa sin estar influenciado por nadie más.

Escucha activa. Se trata de escuchar, entender y comprender aquello que se oye. Uno de los problemas de la comunicación actualmente es que sabemos oír, pero no escuchar.

Empatía. Se trata de la habilidad de ponerse en el lugar de la otra persona. Normalmente en la profesión de Enfermería tratamos con pacientes a los que les

ocurre algo malo o negativo y esta habilidad es superimportante.

Existen 2 técnicas fundamentales que se usan a diario en el ámbito asistencias. La primera de ellas es la Entrevista Clínica. Se trata del establecimiento de una relación entre 2 o más personas mediante el cual el profesional de enfermería puede aportar sus conocimientos científicos con el objetivo de realizar acciones técnicas que nos permitan alcanzar metas saludables en todas las esferas de la vida de una persona. Por otro lado, tenemos la entrevista motivacional que se diferencia de la anterior porque en este caso es el paciente el que marca el ritmo de sus objetivos y los profesionales nos encontramos a su disposición para ayudarle en todo lo necesario.

5 Discusión-Conclusión

La formación en técnicas y habilidades de comunicación en los profesionales del ámbito sanitario es imprescindible. Esta formación permitirá que las enfermeras/os puedan establecer una buena relación terapéutica con sus pacientes. Desde los diferentes servicios de salud debería de realizarse y talleres, para que no caigan en el olvido asuntos tan importantes como este. Las técnicas pueden ser individuales como grupales y conocerlas permite al profesional tener una mayor adaptabilidad.

La profesión de Enfermería se realiza de forma interdisciplinar en todos sus ámbitos por lo que es interesante hacer usos de todas las herramientas comunicativas con otros profesionales sanitarios para poder brindar una mejor atención a todos sus pacientes.

6 Bibliografía

MARCOS, B. C., ARESTE, M. E., & POZÓN, S. R. (2021). DOSSIER COMUNICACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO. OBSERVATORI DE BIOÈTICA I DRET DE LA UNIVERSITAT DE BARCELONA.

Molinuevo, B., Clèries, X., Aradilla-Herrero, A., & Nolla-Domenjó, M. (2014). Formación en habilidades comunicativas desde la perspectiva de residentes y tutores en medicina. FEM: Revista de la Fundación Educación Médica, 17(2), 115-122.

LUCAS-MILÁN, M. G., Moreno-Manso, J. M., & Suárez-Muñoz, Á. (2015). Comunicación interpersonal e incidencia del burnout en la interacción entre sanitarios y pacientes. Apuntes de psicología, 33(1), 23-29.

Capítulo 160

LECCIONES EN SALUD COMUNITARIA Y HOSPITALARIA. ATENCIÓN PRIMARIA, PEDIATRÍA Y GINECOLOGÍA. ECOGRAFÍA EN AP Y SU IMPORTANCIA PEDIÁTRICA

DAVID MORENO BERMEJO

CORA SÁNCHEZ VALERO

1 Introducción

En el continente europeo podemos encontrar la Asociación Europea de Ginecología Pediátrica y de la Adolescente, en inglés European Association of Pediatric and Adolescent Gynecology (EURAPAG). Esta fue fundada en el 2008. Tiene muchos objetivos, pero los más importantes son: “El fomentar una mayor atención en cuanto a la prevención, el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y patologías ginecológicas que se puedan dar en niñas o en adolescentes, todo ello promoviendo la investigación y la educación en ellas”.

La Federación Internacional de Ginecología Infantil y Juvenil (FIGIJ) fue la encargada de aprobar el reconocimiento internacional de la especialidad ginecológica en la mayoría de universidades tanto en Europa (Francia, República Checa, Hungría y Grecia), Norteamérica (Estados Unidos y Canadá) y Latinoamérica (Argentina, Venezuela y Chile) como también fue la encargada de dotar de centros

universitarios especializados en otros países de Oriente (China, India, Filipinas y Malasia) y también en la zona de Oceanía (Australia y Nueva Zelanda).

En España, la mayoría de la atención ginecológica tanto a niñas como a adolescentes es una labor que se realiza generalmente por los pediatras y los endocrinos que por ginecólogos, se realiza en numerosas ocasiones de manera intuitiva y ello conlleva la carencia de conocimientos científicos y de la evidencia científica, lo cual trae consigo insatisfacción tanto en el profesional de enfermería como en el paciente. Desde la AP nos tenemos que encargar del abordaje primario y del no especializado. En el presente capítulo veremos como realizar los diferentes diagnósticos para el profesional de enfermería en la consulta de A.P.

2 Objetivos

- Evidenciar lo importante que es tener un ecógrafo en A.P. para poder prevenir y diagnosticar enfermedades y patologías tanto en la consulta de pediatría como de la matrona.
- Protocolizar la forma de actuar ante los problemas ginecológicos y saber cómo actuar, los profesionales sanitarios, cuando se dé en el caso de la A.P.
- Poner en valor la figura de la matrona para la resolución tanto de los problemas que ocurran como de las dudas en madres y adolescentes en su consulta de A.P.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha hecho una investigación que consiste en una revisión bibliográfica de la biblioteca científica existente. Se ha hecho una búsqueda entre los diferentes libros y las guías (Elsevier y Samfyc), se han consultado numerosas revistas científicas en línea como: Medline, Pubmed y SIIC eligiendo solamente artículos científicos encontrados en las publicaciones académicas revisadas y debidamente documentadas.

4 Resultados

La ecografía pediátrica en la A.P

La realización de la ecografía en AP, llevada a cabo con un diagnóstico y una exploración, incrementa la capacidad de resolver el problema, la fiabilidad de dar una respuesta óptima y el beneficio diagnóstico que con ello mejoraremos la acción terapéutica a llevar a cabo y conseguiremos ahorrar numerosos recursos al

Sistema de Salud y producir una disminución en las listas de espera de pacientes, igualmente aporta una relación con el coste-efectividad que es muy favorable, ya que lograremos tener unos diagnósticos rápidos y eficaces; damos al paciente un servicio de mayor calidad, y así mejoramos la relación médico-paciente y tendremos una mayor satisfacción del paciente.

Llevado a pediatría, con esta técnica obtendremos una ventaja extra y es, en general, la consecución y toma de mejores imágenes diagnósticas y con una mejor resolución, ya que los pacientes pediátricos tienen una mayor cantidad de agua que en el adulto y tienen un estrato graso más reducido que el adulto.

Tiene numerosas ventajas entre las que podemos encontrar:

- La realización de la ecografía es mediante una técnica diagnóstica de imagen no ionizante, es inocua, y sin efectos secundarios que sean apreciables, ni la aparición de contraindicaciones conocidas.

- Es una técnica indolora y que es bien tolerada, lo que nos ayuda de cara a tener en la consulta a un paciente pediátrico.

- Nos permite realizar controles más frecuentes y así poder realizar un seguimiento mucho más personalizado.

- Es una técnica movable, ya que se puede realizar con equipos portátiles lo que nos facilita poder llevar la ecografía a cualquiera de los puntos del Centro de Salud que es básico en las zonas de mayor dispersión geográfica, pueblos muy pequeños, fincas, chalets etc.

- Es totalmente reproducible, ya que varios ojeadores podrán valorar los hallazgos, rebatirlos o incluso hacer una puesta en común.

También encontramos algunos inconvenientes:

- El mayor problema de la realización de la ecografía es que es realizada por un operador dependiente, es decir, su resultado como técnica diagnóstica está supeditada con la formación, experiencia y habilidad del realizador de la prueba.

- En la realización de la ecografía podemos encontrar la presencia de gases y de las partes óseas que nos impiden obtener unas imágenes más nítidas imposibilitando muchas veces la realización de la prueba y de su diagnóstico.

- Tiene una baja especificidad, la cual, nos dificulta los hallazgos.

Los enfermeros en A.P ante la resolución de problemas en pacientes pediátricos y ginecológicos.

Las causas más comunes de las consultas que se realizan por adolescentes y por pacientes pediátricos son por riguroso orden de prevalencia: Si presentan infecciones respiratorias de vías altas, después las enfermedades relacionadas con la

piel, ya sean osteoarticulares o ginecológicas. Las especialidades pediátricas que están teniendo una mayor relevancia en la adecuada atención para el paciente adolescente son: endocrinología, ginecología y psiquiatría.

Entre las patologías ginecológicas más frecuentes encontramos a la vulvovaginitis. Se le atribuye aproximadamente el 70% de todas las patologías ginecológicas infantiles.

Observamos de manera más significativa, respecto a la pubertad femenina, el adelantamiento de la menarquia y el avance que ha tenido en estos 100 años. La edad en la que se produce la menarquia se ha adelantado aproximadamente en unos 5 años desde comienzos de siglo.

La matrona ha sido considerada como la profesional más cercana a la mujer. Su rol y su desempeño le ha llevado a acompañar a la paciente durante todas las etapas que sufre en su vida, con la realización de un seguimiento cercano, una relación que sea fluida, y empática por ambas partes y una relación adaptativa frente a los cambios y problemas que ocurren en la sociedad aunque hoy día no se tiene en cuenta cómo se encuentra la relación entre matrona-paciente.

A través de Baeza & Weil en 1998, encontramos que el lenguaje que es empleado por los profesionales de la salud puede favorecer o empeorar la relación profesional-paciente. Encontramos varios estudios sobre la matrona que se expresa con un lenguaje de manera clara y fácil de entender, algo que no ocurre con los médicos, que suelen usar un lenguaje más cargado de tecnicismos propios, dificultando así el entendimiento recogido por Baeza & Weil, en 1998. En consecuencia, que los pacientes tengan en cuenta que sus dudas y problemas son aclarados, refuerza el hecho que la matrona emplea un lenguaje claro y accesible y así lograr entender adecuadamente el lenguaje propio de los pacientes, facilitando el entendimiento entre ambos y favorecer la relación paciente-profesional. Con la ayuda de la aplicación de los programas y de las campañas relacionadas con la prevención de la mortalidad materna, obtuvimos como resultado la insatisfacción de las mujeres, tanto de las poblaciones urbanas como de las rurales, en relación con la atención de salud. Las pacientes manifiestan que la mala calidad que se produce en los servicios de salud es sobre todo por la deshumanización y por la incapacidad de resolver problemas por parte del profesional.

5 Discusión-Conclusión

-La ecografía es una técnica diagnóstica que tiene ventajas para hacerla ideal en el paciente pediátrico, tales como su inocuidad, la ausencia de cualquier efecto secundario y que se realiza de manera totalmente indolora. Encontramos que se

une que el paciente pediátrico tiene una menor proporción de grasa en su cuerpo y nos beneficiará en cuanto a obtener unas imágenes con la mejor resolución que en el paciente adulto.

-La ecografía realizada por el pediatra en AP es junto con la clínica y la exploración del paciente una manera de subir el rendimiento en cuanto al diagnóstico y así contribuir a diagnosticar mejor al paciente con lo que aumentaremos la capacidad resolutive y terapéutica.

-Lo importante que es mejorar el conocimiento, en cuanto a la patología ginecológica se refiere, teniendo en cuenta también tanto la infancia como la adolescencia y de nuestra capacidad para solventar los procesos ginecológicos en Atención Primaria.

-Lo relevante que es poder contar con la matrona, ya que la ausencia de este profesional afecta en la salud ginecológica de nuestros pacientes. La liberación de los pacientes al poder sentirse escuchados y contando con la matrona ayudará a poder evitar situaciones de estrés y ansiedad.

6 Bibliografía

1. Fernandez Merchán J.A. ¿Qué utilidad tiene la ecografía para el pediatra de Atención Primaria Rev. Pediatría Atención Primaria. (2014); Pág. 23-35.
2. García Palomeque J.C, Ceballos Aragón J.M. Aplicación de la ecografía pediátrica en Atención Primaria; interconexión con la atención hospitalaria. Rev. Pediatría Atención Primaria. 2011; Pág. 359-366.
3. Ceres Ruíz L, Bravo Bravo C. Uso racional de las pruebas diagnósticas. Ecografía en Pediatría de Atención Primaria. Formación Activa Pediatría en Aten. Prim. (2010)
4. Baeza, H., & Weil, K. Dificultades en la comunicación durante la entrevista médica. Revista Médica de Chile, (1996).
5. Rodríguez Jiménez MJ, Brañas Fernández P, Bueno Olalla B, Gómez García B, Martínez Lara A. Justificación de la necesidad de una consulta de ginecología dedicada a la patología infanto-juvenil. En: XXVIII Congreso Español de Ginecología y Obstetricia. La Coruña: Doyma; 2005.
6. González Rodríguez MP, Parra Martínez MI, Herrero González MA, Agis Brusco M, Muñoz Alcañiz JL, Doñoro Mazario M y cols. Diagnósticos y actividades preventivas en la población adolescente de un centro de salud. Revista Pediatría Atención Primaria. (2007); Pág. 397-410.

Capítulo 161

LA ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA Y SU DIAGNÓSTICO POR ITB DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA

CARLOS RODENAS MORENO

1 Introducción

La enfermedad arterial periférica se define como un estrechamiento de los vasos de las extremidades, especialmente de las inferiores, a causa de la arterioesclerosis que es la acumulación de placas de grasas y colesterol en la capa interna de los vasos. Este suceso conlleva una disminución del riego sanguíneo a las partes distales del cuerpo y puede desembocar en una serie de síntomas en cuanto mayor sea la obstrucción o mayor sea el tiempo si no se trata. Los síntomas pueden ser intermitentes, también puede que la enfermedad arterial periférica se inicie como asintomática.

Entre los factores de riesgo que contribuyen a la enfermedad arterial periférica se incluyen el tabaquismo, la hipertensión, la diabetes, la hiperlipidemia y la obesidad. Entre los signos y síntomas de dicha enfermedad se pueden encontrar la disminución o ausencia de pulso, un descenso de la temperatura cutánea de miembros inferiores, disminución del vello, atrofia muscular, alteraciones ungueales, sequedad de piel y palidez de partes distales. En los peores casos, se llegarán a producir úlceras, infecciones y gangrena o isquemia.

La prevención y tratamiento son fundamentales en dicha enfermedad. Por un lado, se pueden tomar medidas como dejar de fumar, controlar la presión arterial y los índices glucémicos, llevar una dieta saludable, realizar ejercicio y mantener un peso adecuado.

Entre los métodos de diagnóstico se encuentran el índice tobillo-brazo, la ecografía doppler, la tomografía computarizada y la resonancia magnética.

2 Objetivos

- Conocer la etiología de la enfermedad arterial periférica así como su clínica y diagnóstico.
- Describir la prueba del índice tobillo-brazo como método diagnóstico de la enfermedad arterial periférica.

3 Metodología

En la presente revisión se emplearon las bases de datos Pubmed y Dialnet para la búsqueda de contenidos. Se hizo uso de las palabras clave enfermedad arterial periférica, índice tobillo-brazo, diagnóstico y atención primaria para encontrar aquellas revisiones, artículos y estudios referentes al tema.

4 Resultados

Entre los métodos de diagnóstico mencionados para la enfermedad arterial periférica se destaca el índice tobillo-brazo como el más sencillo y económico, además puede realizarse fácilmente en los centros de salud por lo que tiene una gran cobertura y puede ser accesible para la población lejos de los centros de especialidades u hospitales.

El índice tobillo-brazo es una prueba no invasiva utilizada para diagnosticar la enfermedad arterial periférica y evaluar la circulación sanguínea en las extremidades. Este índice es una herramienta eficaz para determinar la presencia y la gravedad de la obstrucción arterial en estas áreas. Se emplea especialmente en diabéticos, tiene una sensibilidad del 90-95% y una especificidad del 98-99%.

El procedimiento de dicha prueba es el siguiente: Se informa al paciente del motivo de dicho estudio y, a continuación, se le pide que se tumbe en la camilla en decúbito supino. Un profesional de la salud, generalmente un personal del equipo de enfermería, medirá la presión arterial en miembros superiores utilizando un esfigmomanómetro. A continuación, se medirá la presión arterial en ambos tobillos utilizando generalmente un eco-doppler. Es importante conocer la existencia de aparatos electrónicos que miden la presión arterial del brazo y de los miembros inferiores calculando directamente el índice tobillo-brazo.

El cálculo se ha realizado dividiendo la presión sistólica de la arteria pedía o tibial posterior entre la presión sistólica de la arteria braquial.

La interpretación del ITB se puede hacer de la siguiente manera: un ITB ≥ 0.9 se considera normal; un ITB entre 0,7 y menos de 0,9 se considera una enfermedad arterial periférica leve; un ITB entre 0,5 y menos de 0,7 se considera una enfermedad arterial periférica moderada y un ITB menos de 0,5 se considera un caso grave de enfermedad arterial periférica.

Es importante destacar que el ITB puede proporcionar información valiosa, pero no es la única prueba que se utiliza para un diagnóstico definitivo de enfermedad arterial periférica, el estudio debe completarse con más pruebas.

Es aconsejable realizar un cribado por índice tobillo-brazo en mayores de 70 años, personas entre 50-69 con factores de riesgo, algunos diabéticos, paciente con claudicación intermitente, pulso anormal de miembros inferiores y arteriosclerosis conocida en otro lugar.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad arterial periférica se pasa muchas veces por alto en los estadios iniciales, ya que esta es asintomática. Es importante que el personal sanitario tenga en cuenta realizar el índice tobillo-brazo en pacientes con factores de riesgo para prevenir eventos cardiovasculares futuros.

El índice tobillo-brazo es una prueba sencilla y económica con una gran cobertura a la población y se puede realizar desde los centros de salud de referencia. Además, tiene una alta sensibilidad y especialidad. Por ello, se considera imprescindible la formación del equipo sanitario en el uso de dicha prueba, así como la aportación de dispositivos electrónicos de medición de ITB por parte de los servicios de salud en los centros de atención primaria.

6 Bibliografía

- 1- Arévalo Manso JJ, Juárez Martín B. El índice tobillo-brazo como predictor de mortalidad vascular. *Gerokomos*. 2012; 23 (2): 88-91.
- 2- JC Sánchez Ruiza, González López E, Ezquerro Gadea J. Utilidad del índice tobillo-brazo en Atención Primaria. *SEMERGEN*. 2005; 31(11): 533-35.
- 3- Lahoza C, Mostaza JM. Índice tobillo-brazo: una herramienta útil en la estratificación del riesgo cardiovascular. *Rev Española de Cardiología*. 2006; 59 (7): 647-49.

Capítulo 162

LECCIONES EN SALUD COMUNITARIA Y HOSPITALARIA. ATENCIÓN PRIMARIA, HOSPITALARIA, ANESTESIA Y REANIMACIÓN. EL SONDAJE VESICAL INDICACIONES Y SUS COMPLICACIONES

DAVID MORENO BERMEJO

CORA SÁNCHEZ VALERO

1 Introducción

El sondaje vesical se define como la inserción de un catéter que se introduce por la uretra llegando a la vejiga, que está indicado en la evacuación de la orina o para la introducción de diferentes sustancias para realizar un diagnóstico o tratamiento. Es un procedimiento invasivo, por tanto encontramos complicaciones que pueden reducir su uso. Según las indicaciones y las necesidades, elegimos diferentes tipos de sondas, teniendo en cuenta el material, tamaño, características, etc.

En numerosas ocasiones el sondaje es utilizado sin tener una indicación adecuada o por tenerlo más tiempo de lo necesario. Es recomendable valorar la necesidad del mantenimiento de la sonda y también valorar alternativas a la realización

de un sondaje prolongado, ya que podemos encontrarnos el uso de colectores externos, los cateterismos suprapúbicos o la realización del sondaje intermitente para muestras.

La uretra del varón la encontramos dividida en 3 partes: la uretra esponjosa, la uretra bulbar y la membranosa. Nos encontramos dos puntos que nos podrían presentar una mayor dificultad o problema al paso de nuestra sonda.

El primero de los problemas es la angulación que nos la encontramos en la unión que se produce entre la uretra bulbar y la uretra esponjosa. El segundo problema lo encontramos ya en la zona más proximal, en la próstata, especialmente si nos encontramos con crecimiento glandular. La uretra tiene un recorrido sigmoideo, por lo que tendremos que realizar una ligera tracción para que podamos introducir la sonda sin dificultad. El meato uretral normalmente se visibiliza fácilmente con la exposición del glande. Por ello, deberemos retirar el prepucio en los varones que estén no circuncidados.

La uretra en el varón mide aproximadamente 20 cm y en la mujer 3,5 a 4cm. En las mujeres jóvenes la uretra se encuentra ligeramente posicionada hacia el ombligo, mientras que ya en una mujer anciana la encontramos hacia el sacro.

2 Objetivos

- Realizar una guía estandarizada para enfermería con las posibles complicaciones que puedan surgir al realizar ésta técnica tan frecuente.
- Protocolizar la forma de actuar ante los problemas derivados de la inserción de la sonda. Así como analizar sus posibles causas y soluciones.
- Poner en valor la AP y la consulta de enfermería en pacientes en su domicilio o institucionalizados.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha hecho una investigación que consiste en una revisión bibliográfica de la biblioteca científica existente. Se ha hecho una búsqueda entre los diferentes libros y guías (Elsevier y Samfyc), se han consultado numerosas revistas científicas en línea como: Medline, Pubmed y en la Asociación Española de Enfermería en Urología, eligiendo solamente artículos científicos encontrados en las publicaciones académicas revisadas y debidamente documentadas.

4 Resultados

Indicaciones para la realización de SV

- Para realizar la evacuación de la vejiga en caso de una retención urinaria.
 - Para recoger una muestra de orina estéril.
 - Controlar la determinación de la orina residual después de una micción realizada de manera espontánea.
 - Para permitir la correcta cicatrización en las vías urinarias tras la realización de una cirugía y para prevenir la tensión sobre la herida ya sea pélvica o abdominal.
 - Realización de irrigaciones vesicales en caso de presentar hematuria o para la administrar medicación.
 - Llevar un control estricto de la diuresis.
 - Previa para determinadas intervenciones quirúrgicas que realizan.
 - En personas que presentan incontinencia urinaria y que presentan lesiones en la piel y que pueden contaminarse con la orina y que tenemos que mantener secas.
- Contraindicaciones para el SV
- Presencia de prostatitis aguda.
 - Lesiones uretrales como estenosis, fistulas, etc.
 - Traumatismos en la uretra o pelvis.

-Por una incontinencia urinaria: Cuando el SV no está indicado como la primera opción, primero se intentará una reeducación vesical o con el uso de colectores o pañales.

Tipos de sondaje y clasificación de las sondas.

1. Sondaje intermitente:

- Reducir inmediatamente la distensión vesical aguda.
- Para la obtención de una muestra de orina estéril.
- Cuantificar el volumen residual postmiccional.
- Para la administración de fármacos (quimioterapia, contraste radiológico, etc.).

2. Sondaje permanente:

- Para medir la diuresis de forma precisa y continua.
- Estudio y tratamiento.
- Para el tratamiento la retención urinaria.
- Para la realización de una irrigación vesical continua o intermitente.

3. Tipos de SV:

- Las sondas de material de látex provocan con una mayor frecuencia la irritación

de la mucosa uretral. Tenemos que sustituirlas cada tres semanas por otra. Podemos encontrarnos la posibilidad de presentar alergia a éste material.

-Las sondas de silicona tienen una tolerancia mejor para el paciente. Pueden estar sin cambiarse desde los tres a cuatro meses, siendo por ello las más recomendables para los sondajes permanentes. En cuanto al coste económico las sondas de látex y silicona son más o menos iguales. El tamaño de la sonda viene calibrado en unidades francesas (escala de Charriere CH) y lo que miden es la circunferencia externa. Encontramos sondas para adultos y también pediátricas. En adultos van del 8 al 30, siendo los más utilizados el CH 14 y CH 16 en hombres y CH 18 en mujeres. Los calibres del 20-22 de tres luces se usan para los lavados vesicales continuos.

-Las sondas vesicales que son rígidas y una sola vía son las que se utilizan para la realización de sondajes intermitentes. En aquella de dos vías, una es para poder inflar el balón con agua destilada para poder fijarla en el interior de la vejiga. En las de tres luces, la tercera vía es la que se usa para irrigar la vejiga de manera continua.

-Las puntas de las sondas tienen distintas curvaturas y encontramos uno o varios orificios, dependiendo de los usos.

-Las que son acodadas resultan de gran utilidad en varones que nos encontramos con adenomas prostáticos, generalmente son semirrígidas y se tienen que introducir con la punta de la SV orientada hacia arriba.

-La sonda de Foley es la de uso más frecuente y habitual por parte de enfermería. La punta distal puede ser redondeada o acodada. Generalmente tiene doble luz, una que se usa para inflar el balón y poder fijarla en la vejiga, la otra es la que conecta la vejiga con el exterior y con ello conseguimos la evacuación de orina y también se puede utilizar para la introducción de líquidos en la vejiga. Es un tipo de sonda permanente y va unida a la bolsa para recolectar la orina.

Sonda Vesical permante

Cada paciente tiene unas necesidades específicas dependiendo de su edad, sexo, las patologías que presente, su movilidad, etc.

Pero tenemos que tener en cuenta diversos aspectos primordiales para la realización del sondaje:

-Vigilancia de signos y síntomas de problemas como cistitis, pielonefritis y la uretritis. Debemos entregar unas recomendaciones de pautas de higiene.

-La detección de los signos y síntomas propios de la obstrucción de la sonda.

-La realización de un balance hídrico adecuado.

-Vigilancia de signos y síntomas de la deshidratación.

-Lesiones que se puedan producir en el aparato urinario y que son secundarias al

sondaje vesical.

- Hematuria. Una de las complicaciones más frecuentes con la presencia de sangre en orina.

- Vejiga inestable.

- Repercusión psicosocial que nos podamos encontrar.

Otros problemas del SV:

La hematuria después de la realización de un sondaje es frecuente producido por un traumatismo en las vías urinarias producido al introducir la sonda y que puede llegar a durar 1 o 2 días. También se producen tirones involuntarios en la sonda por el propio paciente que pueden provocar también hematuria. Esto se puede producir también tras una operación quirúrgica en las vías urinarias.

También la hematuria la encontramos tras una descompresión brusca de la vejiga al vaciarse de una manera muy rápida en el caso de realizar el sondaje en una retención aguda de orina.

Debemos tener un seguimiento especial en los pacientes que tengan un tratamiento anticoagulante.

La hematuria, si es franca, puede provocar que se formen coágulos grandes que pueden obstruir la luz interior de la sonda. Los coágulos los eliminaremos mediante la realización de lavados de la sonda irrigando suero. Si la obstrucción continúa, tendremos que proceder al cambio de la sonda vesical.

5 Discusión-Conclusión

- Conseguir dar una respuesta y unas pautas adecuadas para el manejo de la SV en pacientes con problemas vesicales y poco frecuentes

- La importancia de la correcta realización del sondaje vesical en los pacientes para evitar, en lo posible, las posibles apariciones de problemas derivados de esta técnica como la hematuria.

- Conocer y saber manejar los diferentes tipos de sondas y sus indicaciones para cada paciente. También valorar a cada paciente de manera individualizada para elegir correctamente el tipo de sonda a introducir.

- Saber manejar pacientes domiciliarios con sondajes permanentes y no solo a nivel hospitalario sino a nivel domiciliario y a nivel de AP.

6 Bibliografía

1. Amelia Bella Rendo. ENFURO: Revista de la Asociación de Enfermería en Urología. Diciembre 2002.
2. L. J. Carpenito. Manual de diagnósticos de Enfermería. 5ª edición. Madrid: Mc Graw- Hill. Interamericana de España. (1995).
3. Anne G. Perry y Patricia A. Potter. Guías Profesionales Enfermería. Técnicas y Procedimientos Básicos. Madrid: Mc Graw-Hill. Interamericana. (1991).

Capítulo 163

ALTERNATIVA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS: LA ESTIMULACIÓN COGNITIVA

CARLOS RODENAS MORENO

1 Introducción

El Alzheimer y otras demencias son enfermedades de naturaleza crónica y progresiva que provocan un deterioro cognitivo de las personas y alteran las capacidades mentales de las mismas interfiriendo en la ejecución de las actividades de la vida diaria.

En la actualidad, más de 55 millones de individuos en todo el mundo se ven afectados y cada año, se registran 10 millones de nuevos casos. La demencia no solo impacta en la calidad de vida de quienes la padecen, sino que también representa un desafío económico y social a nivel comunitario y familiar. Supone la séptima causa de mortalidad y es una causa importante de dependencia y discapacidad. Se estima que el costo anual de la demencia supera los 1.3 billones de dólares en todo el mundo.

En el presente contexto, se presenta la estimulación cognitiva como una alternativa no farmacológica para tratar la pérdida de las capacidades cognitivas provocada por las demencias. Esta es una serie de actividades y técnicas dirigidas a mantener y/o mejorar la capacidad cognitiva de las personas a través de ejercicios de concentración, razonamiento, atención, memoria, etc.

Antes de todo, se debe tener en cuenta que el plan de estimulación cognitivo debe estar adaptado al usuario, es decir, debe ser personalizado a las capacidades mentales que se quieren entrenar.

2 Objetivos

- Reconocer las diversas técnicas y actividades de estimulación cognitiva.
- Conocer los beneficios de la estimulación cognitiva en personas con demencia.

3 Metodología

En la presente revisión se emplearon las bases de datos Pubmed y Dialnet para la búsqueda de contenidos. Se hizo uso de las palabras clave estimulación cognitiva, demencia, entrenamiento cognitivo, terapia cognitiva y Alzheimer para encontrar aquellas revisiones, artículos y estudios referentes al tema.

4 Resultados

A parte de las actividades y técnicas de la estimulación cognitiva, propiamente dicha, se pueden encontrar otros métodos como la gerontogimnasio, la laborterapia y el fomento de las actividades de la vida diaria del paciente con demencia para mejorar las capacidades cognitivas.

En primer lugar, la estimulación cognitiva son una serie de actividades y técnicas cuya finalidad es mantener las capacidades mentales de las personas con demencia. Estos pacientes mantienen cierta plasticidad cognitiva o de aprendizaje que puede ser ejercitada o estimulada por medio del entrenamiento para mantener o aumentar las conexiones neuronales en el cerebro.

El plan de estimulación cognitiva debe ser personal y adaptado a cada caso, es importante analizar el grado e identificar las capacidades cognitivas alteras para abordar las mismas con diversas actividades de estimulación. Dentro de estas deficiencias podemos encontrar la apraxia, la afasia, la pérdida de memoria, la agnosia, la desorientación y la alteración de la atención o de las funciones ejecutivas.

Para mejorar o entrenar la praxia o atención del usuario se pueden realizar ejercicios como identificar una letra en concreto dentro de una larga lista de más letras

o identificar una imagen dentro de más ilustraciones.

Por otro lado, para la orientación en el tiempo del paciente es recomendable tener a la vista relojes y calendarios, facilitar la disposición de periódicos y visualizar los telediarios. Otro ejemplo de orientación en el tiempo sería decorar la estancia de recreo o de terapia según las estaciones.

Para la orientación a la realidad del usuario se pueden hacer entre otras cosas sesiones de reminiscencia, es decir, realizar entrevistas con el usuario que evoquen hechos del pasado. En las sesiones de lenguaje y lectoescritura se pueden dar fichas donde el usuario debe completar frases o palabras.

Para ejercitar la memoria de las personas con demencia en fases iniciales se puede leer un texto breve y a continuación se realizará una serie de preguntas. También se puede entregar fichas para realizar sumas o restas en sesiones de cálculo.

Otra forma de estimulación cognitiva para el usuario consiste en la gerontogimnasia y estimulación de la psicomotricidad del usuario realizando una tabla de ejercicios, actividades y juegos adaptados al paciente con demencia en estadios iniciales.

La laborterapia consiste en realizar actividades productivas como separar los envases para su reciclaje o la creación de manualidades con arcillas y pinturas y la elaboración de adornos.

Otra forma de estimular las funciones cognitivas es incentivar al paciente con demencia a realizar las actividades de la vida diaria. Aquí se debe fomentar que el usuario se vista y elija la ropa adecuada al tiempo, maneje dinero, mantenga una higiene personal y se prepare el desayuno.

Entre los beneficios de la estimulación cognitiva se encuentran los siguientes: aumenta la calidad de vida, mejora la autonomía y autoestima, mantiene las capacidades mentales un mayor tiempo, reduce la ansiedad y la confusión, mantiene la consciencia de la realidad y de la existencia propia del individuo, etc.

5 Discusión-Conclusión

La estimulación cognitiva puede mejorar las funciones mentales en personas con demencia. Los profesionales de la salud deben considerar la aplicación de dichas técnicas en los planes de cuidado de pacientes con demencia en su día a día. Además, los sanitarios deben reconocer las alteraciones en las diferentes áreas cognitivas y el grado de las mismas. Antes de iniciar un plan de estimulación cognitiva se debe realizar un estudio previo de las capacidades perdidas, ya que estos planes pueden ser muy variados y deben estar personalizados al usuario.

Por otro lado, la estimulación cognitiva se presenta como una alternativa terapéutica para retrasar o disminuir el tratamiento farmacológico con los efectos secundarios que este última implican.

6 Bibliografía

- 1- Deus Yela J. Estimulación cognitiva en demencias: Eficacia o placebo. *Información psiquiátrica*: Publicación científica de los Centros de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús. 2006; 184:119-52.
- 2- Espert Tortajada R, Villalba Agustín M. Estimulación cognitiva: una revisión neuropsicológica. *THERAPEÚA*. 2014; 6: 73-93.
- 3- José Ruiz-Sánchez de León M. Estimulación cognitiva en el envejecimiento sano, el deterioro cognitivo leve y las demencias: estrategias de intervención y consideraciones teóricas para la práctica clínica. *Rev logopedia, foniatría y audiolología*. 2012; 2: 57-66.
- 4- PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN PARA PERSONAS CON ALZHEIMER. CEAFA (Confederación Española de Asociaciones de Familiares de Personas con Alzheimer y Otras Demencias).

Capítulo 164

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DIABETES EN ADULTOS

VANESSA JIMÉNEZ LÓPEZ

LORENA LORENTE GARCÍA

IRENE LÓPEZ DE LA CONCEPCIÓN

BEATRIZ CASTILLO MONTEAGUDO

VANESA MARTÍNEZ JIMÉNEZ

1 Introducción

La insulina es una hormona que se fabrica en el páncreas, cuyo papel es transportar la glucosa del torrente sanguíneo hasta los músculos, la grasa y las células hepáticas, donde puede almacenarse o utilizarse como energía.

Como resultado, una persona con diabetes no absorbe la glucosa adecuadamente, de modo que esta queda circulando en la sangre produciendo una hiperglucemia y dañando los tejidos con el paso del tiempo. Especialmente, los ojos, el riñón, los nervios, el corazón y los vasos sanguíneos.

Etimológicamente la palabra diabetes deriva del latín y griego, significando “gasto del azúcar”, que podemos definir como una enfermedad crónica, de alteraciones metabólicas, que se caracteriza por hiperglucemia mantenida (elevación de la concentración sanguínea de glucosa), bien por un defecto en la secreción de la insulina, un defecto en la acción de la misma, o ambas.

Por tanto decimos que la diabetes es un proceso cónico, que no tiene cura, que constituye un problema personal y de salud pública, es causa de invalidez y muerte prematura en algunos casos, además de ser un deterioro importante en la calidad de vida de las personas.

Diabetes mellitus tipo 1 (DM1): Con anterioridad se denominaba diabetes mellitus insulino dependiente (DMID) o diabetes de inicio infanto-juvenil, caracterizada por la destrucción autoinmune de la célula β , ocasionando deficiencia absoluta de insulina produciendo cetoacidosis, además de ser necesario inyectar la insulina. Puede afectar a personas de todas las edades, más comúnmente en niños, jóvenes y adultos jóvenes. Se suele diagnosticar antes de los 30-40 años. El comienzo suele ser de forma brusca con abundantes síntomas (poliuria, polidipsia y polifagia).

Diabetes mellitus tipo 2 (DM2): Denominada anteriormente diabetes mellitus no insulino dependiente (DMNID) o diabetes de inicio en la madurez, es la forma más común, asociada a obesidad o incremento en la grasa visceral. Es un trastorno crónico que afecta la forma de metabolizar el azúcar (Glucosa), dejando de producir unos niveles de insulina suficientes en sangre, para mantener unos niveles estables de glucosa. Es la que deriva de hábitos de vida no saludables, donde la obesidad suele estar presente, también hay un componente hereditario importante.

Diabetes mellitus gestacional (DMG): Es cuando el cuerpo, durante el periodo de gestación y más hacia el tercer trimestre, produce una intolerancia a la glucosa. Para determinar esta patología en el embarazo, la Asociación Americana de Diabetes (ADA) y el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG), establecieron la prueba de curva Tolerancia a la Glucosa- 100 gramos (glucosa) vía oral para el diagnóstico de la Diabetes Mellitus Gestacional. Otra forma de establecer el diagnóstico de Diabetes gestacional es hacer una glucemia en ayunas y sobrepasar o igualar 126 mg/dl, o en cualquier momento del día hacer una glucemia y dar mayor o igual a 200 mg/dl.

2 Objetivos

- Interpretar pruebas diagnósticas
- Adecuar el tratamiento
- Destacar el papel de la enfermería en la educación del paciente
- Especificar las intervenciones y las complicaciones

3 Metodología

Este trabajo consiste en una revisión bibliográfica narrativa sobre los cuidados enfermeros que hay que aplicar en personas con Diabetes. Primeramente, se realizó una búsqueda de documentos primarios de solo lectura sobre el tema para obtener información general acerca de la afectación de pacientes con diabetes. Para llevarlo a cabo, se ha realizado una búsqueda sistematizada de información en diversas bases de datos, unas multidisciplinares como Dialnet y Scielo así como otras específicas de Ciencias de la Salud como PUBMED, LILACS y la Biblioteca Cochrane Plus. También se ha utilizado el buscador Google Académico y bases de datos como MedlinePlus.

4 Resultados

Actualmente, para diagnosticar una diabetes, los niveles de glucosa en sangre han disminuido, con la finalidad de iniciar precozmente el tratamiento y reducir las complicaciones. Se consideran valores normales de glucemia en ayunas menores a 100 mg/dL y de 140 mg/dL después de dos horas de una carga de glucosa. Las alteraciones del metabolismo de la glucosa previas a la aparición de la diabetes, están definidas como Glucosa alterada en ayunas (GAA): cuando su valor se encuentra entre 100mg/dL y 125 mg/dL e intolerancia a la prueba de glucosa (ITG): a las dos horas con cifras entre 140 y 199 mg/dL, después de una carga de 75 gramos de glucosa.

Por tanto, para diagnosticar la diabetes mellitus, debemos encontrar la glucemia en ayunas igual o mayor de 126 mg/dl y glucemia causal (se realiza a cualquier hora del día, sin importar el tiempo transcurrido desde la última comida), igual o mayor a 200 mg/dl.

El tratamiento de elección para DM tipo 2 es realizar ejercicio, una dieta equilibrada, controlar la TA y dejar de fumar. Cuando no se responde a este tratamiento, será imprescindible el uso de antidiabéticos orales para reducir los niveles de glucemia, que solo serán eficaces cuando el páncreas aún produce insulina, es decir, en la diabetes tipo 2. Las personas con diabetes deben conocer que no pueden controlar los signos, síntomas y consecuencias de la enfermedad si no tiene una alimentación específica y un ejercicio físico regular.

La insulina debe administrarse a todas las personas con diabetes tipo 1 y a muchas con diabetes tipo 2, según su tiempo de acción puede ser: rápida, ultrarrápida, intermedia, prolongada.

La alimentación en diabetes debe ser sana y equilibrada, además debe constar,

entre 4 y 6 comidas al día para conseguir un valor nutritivo correcto, mantener un peso adecuado y regular la glucemia para evitar oscilaciones.

5 Discusión-Conclusión

El ejercicio físico debe ser regular para: disminuir el peso, reducir la probabilidad de padecer DM tipo 2, bajar los niveles de TA, reducir el colesterol y triglicéridos, mejorar los factores de riesgo cardiovascular, aumentar la sensibilidad a la insulina en 1 o 2 días y disminuir los niveles de glucemia durante y después del ejercicio. Debe realizarse diariamente, o al menos varias veces a la semana, durante una hora y sin interrupciones al ser posible. Los beneficios aparecen a los 15 días de iniciarlo y desaparecen a los dos o tres días de no realizarlo.

La insulina debe inyectarse en el tejido subcutáneo, cogiendo un pellizco de la zona elegida, sin soltar este hasta terminar el proceso. La aguja la introduciremos con inclinación (ángulo de 45°) para evitar que entre en el músculo y producir hematomas. Lo inyectamos con lo que llamamos pen o bolígrafo, el cual, es el enfermero de familia el que enseñará el manejo del mismo.

Las zonas para inocular pueden ser: vientre (zona de absorción rápida, se pone insulina rápida), brazos (zona de absorción media, se pone insulina intermedio o lenta) y piernas o nalgas (zona de absorción lenta, se pone insulina intermedia o lenta). La aguja no debe sacarse inmediatamente, sino, dejar unos 20 segundos para que la insulina no salga por la aguja. Es importante pulsar el pen cada vez que se vaya a administrar insulina, también, hay que rotar las zonas de punción para evitar alteraciones en la piel.

Como complicaciones podemos destacar:

- Hiperglucemia simple: glucemias >300 mg/dl. Requiere atención urgente.
- Cetoacidosis diabética: glucemias >500 mg/dl con producción de cuerpos cetónicos en sangre y orina. Más frecuente en DM tipo 1. Derivar a urgencias hospitalarias.
- Coma Hiperosmolar no cetósico: Complicación grave en la DM2(deshidratación+ osmolaridad+ hiperglucemia)
- Hipoglucemia: Glucemias < 60 mg/dl.
- Retinopatía diabética: Afectación de los vasos de la retina.
- Nefropatía diabética; Afectación de los vasos renales.
- Nefropatía diabética: Pie diabético, gastroparesia y vejiga autónoma
- Arteriopatía periférica: arteriosclerosis en las arterias.
- Disfunción eréctil: asociada con neuropatía diabética y enfermedad vascular periférica.

- Complicaciones cardiovasculares: se ha asociado a un mal control de la enfermedad o factores de riesgo (hipertensión, obesidad, tabaco e hipercolesterolemia)
- Complicaciones infecciosas: del tracto urinario, cutáneas y micosis

6 Bibliografía

1. Egea AF, Romero Estudillo E. Guía básica de enfermería para personas con diabetes en atención primaria [Guía en internet]*2009 [acceso 19 de enero de 2018]; [59-65]. Disponible en: http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guia_Basica_Enfermeria_Diabetes.pdf
2. García C. Diabetes mellitus gestacional. Medicina interna de México [artículo en internet] *2008 [acceso 20 de enero de 2018]; 24(2): [148-156]. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/596/art19.pdf>
3. Rojas E, Molina R. Definición, clasificación y diagnóstico de la diabetes mellitus. Revista venezolana de Endocrinología y metabolismo [revista en internet]* 2003[acceso 19 de enero de 2018]; 10: [7-12]. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169031102012000400003

Capítulo 165

CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PREVENIR CAÍDAS EN ANCIANOS

VANESSA JIMÉNEZ LÓPEZ

IRENE LÓPEZ DE LA CONCEPCIÓN

LORENA LORENTE GARCÍA

BEATRIZ CASTILLO MONTEAGUDO

VANESA MARTÍNEZ JIMÉNEZ

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud define la caída como “la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad”. Sus consecuencias tienen repercusión en el bienestar, calidad de vida del paciente y sus familias. El fenómeno caída engloba en sí mismo factores de riesgo y factores de protección. Los factores de riesgo pueden clasificarse en intrínsecos y extrínsecos, o de forma más estricta en biológicos, socioeconómicos, comportamentales y ambientales.

Las caídas en los ancianos son un problema de salud pública, forman parte de los grandes Síndromes geriátricos, con importantes repercusiones tanto en la mortalidad como en la morbilidad de nuestra población anciana.

Su etiología es multifactorial y por sus múltiples complicaciones constituyen un problema importante en la atención del paciente, generando un importante gasto en el sistema sanitario.

El envejecimiento poblacional se presenta como un fenómeno actual de gran relevancia en todo el mundo, pues a medida que las sociedades envejecen, los problemas sociales y de salud de los ancianos desafían, principalmente, a los respectivos sistemas de seguridad social y de salud.

Actualmente, cerca del 30% al 60% de las personas mayores caen al menos una vez al año, y cerca de la mitad lo hace de forma recurrente

2 Objetivos

El propósito de este trabajo consiste en diseñar un plan de cuidados para poder minimizar las caídas dentro de la población anciana, además de estudiar las características de los pacientes, las circunstancias y la etiología de la caída en población mayor de 65 años.

Determinar las consecuencias inmediatas y el consumo de recursos extra y hospitalarios.

Evaluar la calidad de la atención urgente en centros médicos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha realizado un estudio para prevenir la caída en el anciano, se ha llevado a cabo una investigación basada en la revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Además, de una búsqueda sistemática de libros, así como, de artículos en las siguientes bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo.

4 Resultados

En nuestra revisión bibliográfica, encontramos gran cantidad de artículos con multitud de intervenciones para reducir las caídas, que no pueden paliar al 100 % estas , pero sí que todos coinciden con un mismo objetivo: intentar reducirlas.

Es muy importante para evitar repetición en las caídas, educar y sensibilizar a profesionales, al entorno y al propio paciente.

La Urgencia es un sitio clave para realizar protocolización de los factores de riesgo, tanto extrínseco como intrínseco, evitando nuevas caídas.

Existen factores de riesgo potencialmente modificables que evitarían nuevos

episodios. Entre las recomendaciones debe hacerse un énfasis especial en el esfuerzo por modificar los factores ambientales. Si existen factores de riesgo intrínsecos (cardiovasculares, neurológicos, consumo inadecuado de fármacos u otros) deben ser corregidos.

Entre las recomendaciones al alta es muy importante revisar y modificar en su caso el tratamiento farmacológico previo. Asegurar al alta la coordinación con atención primaria y con las especialidades médicas y quirúrgicas correspondientes es fundamental.

Casi siempre, son mayores, los que acuden a urgencias por una caída, de una edad media muy cercana a los 80 años, predominante el sexo femenino, normalmente dependientes para las trasferencias, con patologías diversas, así como enfermedades crónicas y asociación de numerosos síndromes geriátricos (incontinencia urinaria, deterioro cognitivo, alteraciones visuales, movimientos limitados, desorientación/ confusión, micción frecuente, ausencia de cuidados, número de medicación administrada (Benzodiazepinas, opioides...).

También es importante recalcar, que el paciente que acude, suele tomar multitud de fármacos, con efectos adversos (antidepresivos, sedantes, hipnóticos, neurolépticos y antidepresivos) complicándose cuando existe el consumo de fármacos tales como (antiagregantes / anticoagulantes.)

En este grupo de población las caídas se asocian a importantes consecuencias inmediatas físicas (fracturas, heridas, traumatismos craneoencefálicos, intervenciones quirúrgicas, ingresos hospitalarios), funcionales (pérdida de movilidad y de autonomía) y psicológicas (miedo a caerse de nuevo) y sociales.

5 Discusión-Conclusión

Principalmente las causas que producen las caídas en ancianos están relacionados con la edad, diversas patologías (Parkinson, demencias, Alzheimer), la medicación y el pre/postoperatorio.

La prevención de caídas es uno de los indicadores de calidad de los cuidados de enfermería, los que han demostrado eficacia han sido el uso correcto de medidas de protección, parámetros para identificación de factores de riesgo, establecer una escala de atención de la dependencia y compararla con el modelo de factores de riesgo, realizar una puntuación para identificar a los pacientes con alto riesgo, desarrollar estrategias para prevención y establecer un programa de intervención de las caídas.

Por lo tanto, los profesionales sanitarios tienen un papel fundamental para garantizar y disminuir los riesgos detectados del paciente y familia a través de una cultura integradora de seguridad y confianza, con la finalidad de disminuir la presencia de eventos adversos fomentando el cuidado y la prevención de estos.

Para finalizar, cabe mencionar las medidas preventivas que no han demostrado eficacia. Son las que están relacionadas con la elaboración de un plan de cuidados en grupo, la vigilancia del anciano por vídeo o monitores, cuidadores, intervención multifactorial, sistemas de detención y la identificación de restricciones de las actividades cuando existe miedo a la caída.

6 Bibliografía

1. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 9ª ed. Luis Rodrigo MT. Barcelona: Elsevier; 2013.
2. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación Herdman HT. 2012-2014. 9ª ed. Barcelona. Elsevier; 2013.
3. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swason E. 2013.
4. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª ed. Barcelona: Elsevier; Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J. 2013.
5. Pujiula Blanch M., y grupo Apoc Abs SALT. Prevalencia de caídas en ancianos que viven en la comunidad. Aten Primaria. 2003; 32; 2: 86- 91.
6. Carande-Kulis V, Stevens JA, Florence CS, et al: A cost-benefit analysis of three older adult fall prevention interventions. J Safety Res. 2015; 52: 65- 70. 7. M. Lázaro del Nogal, A. González Ramírez, P. Palomo Lloro. Evaluación
7. Kiel DP. Falls: prevention in community-dwelling older persons. UpToDate 2014. Disponible: <http://www.uptodate.com/contents/falls-preventionin-community-dwelling-olderpersons>
- 8 Centers for Disease Control and Prevention. A CDC compendium of effective fall interventions: what works for community-dwelling older adults. 2015. Disponible: http://www.cdc.gov/homeandrecreationsafety/pdf/falls/cdc_falls_compendium-2015-a.pdf
9. Richardson K, Bennett K, Kenny RA. Polypharmacy including falls riskincreasing medications and subsequent falls in community-dwellingmiddle-aged and older adults. Age Ageing 2015; 44:90-

Capítulo 166

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES INTOXICADOS

VANESSA JIMÉNEZ LÓPEZ

LORENA LORENTE GARCÍA

IRENE LÓPEZ DE LA CONCEPCIÓN

VANESA MARTÍNEZ JIMÉNEZ

BEATRIZ CASTILLO MONTEAGUDO

1 Introducción

Las intoxicaciones farmacológicas son un problema significativo de salud en adultos, niños o ancianos que cursan con frecuencia en los servicios de las urgencias españolas. Normalmente, el usuario intoxicado es llevado al servicio de urgencias, por lo que es conveniente conocer los sucesos que han producido dicha situación, para llevar a cabo un tratamiento y evaluación acorde con los acontecimientos, así como reconocer los signos y síntomas de las intoxicaciones farmacológicas más frecuentes. Una intoxicación es conocida como la reacción del organismo a la entrada de una sustancia tóxica que causa lesión o enfermedad y en ocasiones la muerte. El grado de toxicidad varía según la edad, el sexo, el estado nutricional, la vía de entrada y la concentración del tóxico. La intoxicación aguda tras la ingesta de medicamentos es muy frecuente y de gravedad variable, con complicaciones leves como agitación, o con manifestaciones más significativas como el propio

fallecimiento. Esta ingesta puede producirse de forma accidental o intencionada por intentos de suicidio o adicciones a los fármacos.

Un estudio, En España, durante el año 2013 determinó que el paracetamol fue el fármaco ingerido con más frecuencia, en un 15% de los casos de autointoxicación. Además, la ingesta de ansiolíticos como el bromazepam y alprazolam, e hipnóticos como el zolpidem. En ocasiones, se ingieren varios fármacos a la vez.

2 Objetivos

El propósito de este trabajo consiste en determinar la actuación de enfermería en pacientes intoxicados, bien en el servicio de urgencias, así como en situaciones que pueda producirse dicha situación.

Evaluar y administrar los tratamientos de rescate, para poder revertir un estado de intoxicación.

3 Metodología

Se trata de una revisión sistemática de bibliografía sobre enfermería e intoxicaciones medicamentosas agudas.

Se ha llevado a cabo una investigación basada en la revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Además, de una búsqueda sistemática de libros, así como, de artículos en las siguientes bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo.

4 Resultados

Según distintos autores y estudios, además de analizar y comparar la bibliografía encontrada como resultados generales, encontramos: Si la situación supone un riesgo para la vida hemos de iniciar las técnicas de soporte vital. Otra de las situaciones que pueden presentarse son convulsiones o agitación que hemos de tratar con sedantes. En el caso de Bradicardia será la atropina, si es una depresión respiratoria por opioides, utilizaremos Naloxona en depresiones respiratorias por opioides. En el caso de hipotensión, elevaremos extremidades. Para la absorción gastrointestinal de fármacos utilizaremos la técnica de sonda nasogástrica con carbón activo siguiendo protocolo de actuaciones de enfermería vigente, se debe administrar lo antes posible nunca después transcurridas cuatro horas de la toma, estando monitorizado el paciente hasta el alta.

Si nos centramos en actuaciones de enfermería en urgencias, encontramos múltiples actuaciones, después de analizar y comparar la bibliografía, exponemos lo más relevante:

Triage en el servicio de urgencias: Enfermería ha de realizar una valoración del riesgo del paciente respecto al nivel de consciencia, dinámica respiratoria, estado neurológico, frecuencia cardíaca, presión arterial, temperatura corporal, fármaco ingerido, vía de entrada, tiempo transcurrido desde consumo hasta llegada urgencias, motivo de la exposición (si ha sido accidentalmente o con intentos autolíticos)

Traslado del paciente a un box para estabilización. Aquí, se acomodará al paciente en posición Semi-Fowler para reducir el riesgo de una broncoaspiración, además de facilitar la anamnesis y exploración médica.

Actuaciones enfermeras cuando no existe ningún riesgo vital:

1. Monitorizar al paciente para observar los cambios en el estado clínico.
2. Reunir información pronóstica del paciente, allegados e historia clínica.
3. Prevenir absorción: Usaremos carbón activado, dentro de las primeras cuatro horas por SNG. Otra opción es el jarabe de ipecacuana.
4. Administración de antidotos (Naloxona, flumazenilo, entre otros)
5. Aumento de la eliminación del fármaco

Actuaciones de enfermería cuando existe riesgo vital:

1. Depresión respiratoria: Utilizar antidoto adecuado.
2. Coma: Posición de seguridad y Guedel.
3. Crisis convulsivas: Evitar el traumatismo, colocando en posición de seguridad, Guedel y Diazepam en casos necesarios.
4. Parada cardiorrespiratoria: asegurar vía aérea, respiración artificial y lo más importante el masaje cardíaco.

Derivación del paciente a otras unidades: Observación de Urgencias, Unidad de psiquiatría, Unidad de cuidados intensivos, Hospitalización, alta médica a domicilio.

5 Discusión-Conclusión

Mayoritariamente, los fármacos son el grupo más frecuente de intoxicaciones en el servicio de urgencias, siendo el más utilizado el grupo de las benzodiacepinas. Son, por encima de los 12 años, las personas que utilizan estos fármacos con intentos autolíticos. El pronóstico es bueno, normalmente, ya que reciben tratamiento urgente o son derivados a otras unidades.

Se requiere de personal cualificado, puesto que el manejo es fundamental para la estabilización del paciente intoxicado, ya que somos responsables de la mayoría de las acciones, siempre supervisados y dirigidos por el personal médico. Una rápida y eficaz actuación por parte del equipo sanitario es de vital importancia para el paciente, aumentando la calidad de los cuidados, disminuyendo la estancia hospitalaria y abaratando costes sanitarios.

Para finalizar, cabe insistir que la mejor manera de evitar la problemática estudiada, se basa en un buen uso de las indicaciones del equipo sanitario, así como del farmacéutico o de los prospectos de los medicamentos.

6 Bibliografía

1. MartinezLopez R.Las intoxicaciones farmacológicas.Publicaciones didácticas. N° 50 Septiembre 2014
2. Servicio de Urgencias del Hospital Clínico de Barcelona. Guía sobre intoxicaciones agudas y bases para el tratamiento en un servicio de urgencias.Santiago NoguéXarau. Barcelona, 2014.
- 3.NANDA Internacional Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación, 2009- 11. Madrid: Elsevier
- 4.Ministerio de salud. Guía práctica clínica intoxicaciones agudas. María Soledad Wenzel A. Chile, 2004.
5. Joan B. Tarloff, Lawrence H. Lash.Toxicology of the Kidney. 3Th ed. CRC Press editor. 2004.
6. Intoxicación aguda tras ingesta de medicamentos: tratamiento inicial. 2010. RevPrescrire, 30(319): 356-364

Capítulo 167

IDENTIFICACIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA ISQUEMIA MESENTÉRICA.

ROCÍO SÁNCHEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

La isquemia mesentérica se produce por una reducción del flujo de sangre que llega al intestino por estrechamiento o bloqueo de las arterias, debido a diversas causas como: embolia arterial mesentérica aguda, trombosis arterial mesentérica aguda, isquemia mesentérica aguda no oclusiva o trombosis venosa mesentérica. La isquemia mesentérica aguda constituye una de las emergencias abdominales más graves. A pesar de que su incidencia es reducida, su tasa de mortalidad es elevada. Se caracteriza por un dolor inespecífico en el abdomen que se puede acompañar de náuseas o vómitos.

Sin embargo, en la isquemia mesentérica crónica la clínica se produce unos 20-30 minutos tras las comidas, dolor en el epigastrio, miedo a comer y en consecuencia pérdida de peso. El diagnóstico es analítico y mediante angiografía por tomografía computarizada. Es imprescindible un diagnóstico precoz, ya que un diagnóstico tardío pueden derivar en necrosis intestinal, sepsis, insuficiencia orgánica o incluso muerte. El personal de enfermería tiene un papel muy importante a la hora de identificar los síntomas de la isquemia mesentérica, sobre todo en la aguda, con el fin de realizar un tratamiento precoz. El tratamiento es principalmente quirúrgico mediante laparotomía o endovascular, el tratamiento médico está relegado al tratamiento de la isquemia mesentérica no oclusiva.

2 Objetivos

El objetivo es dar a conocer los cuidados de enfermería en la isquemia mesentérica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 isquemia mesentérica es consecuencia de la hipoperfusión de sangre al intestino por el estrechamiento o bloqueo de las arterias. Esto en consecuencia provoca cambios inflamatorios que pueden llegar a provocar isquemia. La isquemia mesentérica tiene una incidencia baja pero una elevada mortalidad.

La fisiopatología de la isquemia mesentérica es diversa, entre las causas destacan:

- Embolia arterial mesentérica aguda: Émbolos procedentes de la aurícula izquierda, el ventrículo izquierdo o válvulas cardíacas
- Trombosis arterial mesentérica aguda: Se asocia con enfermedad arteroesclerótica.
- Isquemia mesentérica aguda no oclusiva: Se genera por vasoconstricción asociada con flujo sanguíneo bajo.
- Trombosis venosa mesentérica: Por la triada de Virchow: Flujo sanguíneo disminuido, hipercoagulabilidad y daño endotelial.

Según sus síntomas se pueden clasificar en:

- Isquemia mesentérica aguda: La clínica es inespecífica, se caracteriza por dolor abdominal intenso que puede ir acompañado de náuseas y vómitos.

La isquemia mesentérica aguda constituye una de las emergencias abdominales más graves.

- Isquemia mesentérica crónica: La clínica consiste en dolor postprandial a los 20-30 minutos de la ingesta, dolor en el epigastrio, miedo a comer y como consecuencia pérdida de peso. La isquemia mesentérica crónica es más común en mujeres.

El diagnóstico rápido de la isquemia mesentérica es la piedra angular del tratamiento. Debido a que un diagnóstico tardío puede derivar en necrosis intestinal, sepsis, insuficiencia cardíaca e incluso la muerte. Por ello, según la revista *World journal of emergency surgery* “el dolor abdominal intenso desproporcionado con los hallazgos del examen físico debe asumirse como isquemia mesentérica aguda hasta que se demuestre lo contrario”. El diagnóstico de la isquemia mesentérica se basa en análisis de sangre, radiografía de abdomen simple, ecografía doppler y angiografía por tomografía computerizada, siendo esta última la prueba de elección para el diagnóstico.

El tratamiento puede ser:

- Médico: en la isquemia mesentérica no oclusiva.
- Quirúrgico:
- Abierto: Mediante la laparotomía
- Endovascular: Su uso se reduce a pacientes estables.

El personal de enfermería tiene un papel fundamental, sobre todo en la isquemia mesentérica aguda, debido a que al pasar mucho tiempo con el paciente les permite identificar precozmente los síntomas de la isquemia mesentérica aguda.

5 Discusión-Conclusión

La isquemia mesentérica es una de las emergencias abdominales más graves. No tiene una alta incidencia, pero sí una alta mortalidad. La etiología puede ser por: embolia arterial mesentérica aguda, trombosis arterial mesentérica aguda, isquemia aguda no oclusiva o trombosis venosa mesentérica. La isquemia mesentérica se puede clasificar en aguda o crónica. Los síntomas de la isquemia mesentérica aguda son: dolor abdominal intenso, náuseas y vómitos, mientras que en la crónica son: dolor a los 20-30 minutos de las ingestas, dolor en epigastrio y pérdida de peso.

El personal de enfermería tiene un papel importante a la hora de reconocer los síntomas de manera precoz, especialmente en la isquemia mesentérica aguda, ya que, un diagnóstico precoz puede evitar complicaciones como necrosis, sepsis, insuficiencia orgánica o incluso muerte.

6 Bibliografía

1. Bala M, Catena F, Kashuk J, De Simone B, Gomes CA, Weber D, et al. Acute mesenteric ischemia: updated guidelines of the World Society of Emergency Surgery. *World J Emerg Surg.* 19 de octubre de 2022;17(1):54.
2. van Dijk LJ, van Noord D, de Vries AC, Kolkman JJ, Geelkerken RH, Verhagen HJ, et al. Clinical management of chronic mesenteric ischemia. *United European Gastroenterol J.* marzo de 2019;7(2):179-88.
3. Sardar P, White CJ. Chronic mesenteric ischemia: Diagnosis and management. *Prog Cardiovasc Dis.* 2021;65:71-5.
4. Demetriades D. Acute mesenteric ischemia: diagnostic and therapeutic challenges. *Eur J Trauma Emerg Surg.* octubre de 2023;49(5):1997-8.
5. Olson KA, Teixeira PG. Mesenteric Ischemia: When and How to Revascularize. *Adv Surg.* septiembre de 2021;55:75-87.

Capítulo 168

ARRITMIAS: TAQUIARRITMIAS DE QRS ESTRECHO, FIBRILACIÓN AURICULAR.

PATRICIA ESTRADA ESCUDERO

SHEREZADA HERRADOR CORDERO-SÁNCHEZ

LUIS GONZÁLEZ IZQUIERDO

MARIA DE GRACIA CRIADO NIETO- SANDOVAL

LAURA ORTEGA INIESTA

1 Introducción

En este apartado se procedera a explicar las arritmias, en concreto la fibrilación auricular, la cual se engloba en las taquiarritmias de QRS estrecho. Una arritmia es una alteración de la frecuencia cardiaca o del ritmo del corazón, la cual se puede producir por trastornos de la producción del impulso o de la conducción del impulso. La taquicardia hace referencia a una frecuencia cardiaca por encima de 100 latidos por minuto (lpm); si esta está producida por alguno de los mecanismos nombrados anteriormente, se denomina taquiarritmia. Estas taquiarritmias se dividen en dos tipos:

- Taquiarritmia de QRS estrecho: son aquellas en las que el QRS es menor de 0.12 segundos. Su origen es supraventricular, por lo que se origina por encima de la bifurcación del haz de His.

- Taquiarritmia de QRS ancho: aquellas en las que el QRS es mayor de 0.12 segundos, siendo estas de origen ventricular, las cuales se originan por debajo de la bifurcación del haz de His.

Aunque dentro de cada grupo hay varios tipos de taquiarritmias, el tratamiento de urgencia dependerá de la inestabilidad del paciente, es decir, de su clínica. En este apartado hablaremos de la fibrilación auricular, la cual es un tipo de taquiarritmia de QRS estrecho.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer los tipos de alteraciones a nivel cardíaco y saber actuar en cada caso para brindar al paciente una calidad asistencial y resolver el origen de la patología que presenta.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliografía para recabar información a través de diferentes artículos que han sido extraídos de publicaciones científicas revisadas en algunas de las bases de datos sanitarios como son PubMed o Medline, entre otras, y que todas ellas contaban con las necesidades y los puntos que se necesitaban para la elaboración de este apartado.

4 Resultados

Tras la información recogida en los distintos artículos seleccionados, podemos recalcar que las taquicardias con QRS estrecho, aquellas que tienen menos de 0.12 segundos en el electrocardiograma, son las que se originan en aurícula o nodo auriculoventricular, por encima de la bifurcación del haz de His.

Estas arritmias, en muchas ocasiones, alcanzan frecuencias muy elevadas, lo que dificulta el diagnóstico que ello conlleva, ya que no se observan las ondas P. Una actuación para facilitar el diagnóstico de este tipo de patología, es el uso de manobras vágales o adenosina, porque de esta forma, se produce un bloqueo de manera transitoria del nodo AV y ello permite ver las ondas P de la taquicardia.

En el caso de la fibrilación auricular, se define como una arritmia irregularmente irregular, producida por múltiples focos que estimula la aurícula, haciendo que tenga una frecuencia de 300-400 estímulos por minuto. En este caso, no existen

ondas P, porque no proceden del nodo sinusal, sino que se observan ondas de fibrilación que se denominan ondas F.

El nodo AV, al recibir estímulos de una forma caótica, los paso al ventrículo de forma irregular, por lo que el intervalo R-R varía sin llevar ningún patrón, de esta forma, se puede tener FA con respuesta ventricular rápida o lenta. En cuanto al QRS, este es estrecho porque el impulso llega a los ventrículos por el sistema de conducción normal, habiendo excepciones en las que se pueda observar una FA con QRS ancho, por ejemplo, en un paciente con bloqueo de rama.

En cuanto a la clasificación, esta va a depender del tiempo de aparición y duración de la arritmia.

Se pueden clasificar de la siguiente manera:

- FA de reciente diagnóstico: primer episodio.
- FA paroxístico: cesa en las primeras 48 h.
- FA persistente: dura más de 7 días y precisa manejo farmacológico o eléctrico.
- FA permanente: ritmo habitual estable en FA, el control del ritmo no es un objetivo.

Cuando se clasifican en función de la frecuencia cardíaca, encontramos la siguiente clasificación:

- Frecuencia ventricular rápida: mayor de 100 lpm. En pacientes sin tratamiento o cuándo este se descompensa.
- Frecuencia ventricular lenta: menos de 50 lpm. Por exceso de tratamiento o patologías asociadas.

5 Discusión-Conclusión

Tras haber realizado esta búsqueda sistemática de artículos en relación con la fibrilación auricular, podemos concluir que es importante reconocer la situación en la que el paciente esté sufriendo este tipo de patología, además de ayudarnos el hecho de conocer el tipo de FA que padece nuestro paciente, con el fin de poder actuar en el menor tiempo posible para así brindar a nuestro paciente un tratamiento que sea adecuado para su patología. Además, es muy importante conocer la clínica asociada a este tipo de patología, ya que no es una patología que sigue un patrón clínico, por igual en todos los pacientes que la padecen.

6 Bibliografía

1. Fernández Ayuso, D; Aparicio Santos, J; Pérez Olmo, JL; Serrano Moraza, A (2008). Manual de Enfermería en Emergencias Prehospitalaria y Rescate. 2da Edición. Madrid: ARÁN ediciones.
2. Pappasa, L; Filippatos, G. Congestión pulmonar en la insuficiencia cardiaca aguda: de la hemodinámica a la lesión pulmonar y la disfunción de la barrera alveolocapilar. Rev Esp Cardiol. 2011;64(9):735-738.

Capítulo 169

VACUNA CONTRA LA CANDIDIASIS VULVOVAGINAL

LAURA ORTEGA INIESTA

SHEREZADA HERRADOR CORDERO-SÁNCHEZ

LUIS GONZÁLEZ IZQUIERDO

PATRICIA ESTRADA ESCUDERO

MARIA DE GRACIA CRIADO NIETO- SANDOVAL

1 Introducción

La candidiasis vulvovaginal (CVV) es una enfermedad inflamatoria aguda y ocurre cuando la vagina se infecta por un hongo llamado Candida, generalmente por el hongo Candida Albicans en el 90% de los casos, siendo el resto causadas por Candida Glabrata, Candida Tropicali y Candida Parapsilosis (1). Es una enfermedad ginecológica recurrente, afecta al 75% de las mujeres en edad reproductiva al menos una vez en la vida, recurre en el 40-50% de los casos, de los cuales un 5-9% se vuelen casos de candidiasis vulvovaginal recurrente (CVVR). Es la segunda causa de infección vaginal después de la vaginosis bacteriana (2,3).

Los síntomas más habituales son los siguientes:

- Flujo vaginal anormal: el flujo puede fluctuar entre una secreción blanca ligeramente acuosa a un flujo blanco abundante y espeso de aspecto parecido al requesón.

- Ardor y prurito en la vulva y la vaginal, especialmente durante el coito, lo que provoca relaciones sexuales dolorosas.
- Micción dolorosa

La candidiasis vulvovaginal recurrente se define por la presentación de dichos síntomas al menos durante 4 episodios en un año. Existen factores predisponentes para padecer esta enfermedad como son la toma de antibióticos de amplio espectro, por el impacto que provocan estos medicamentos en la microbiota del tracto vaginal; la diabetes es otro factor predisponente, los niveles altos de glucosa favorecen la colonización del tracto genital; un sistema inmune debilitado y el uso prolongado de anticonceptivos orales con alto contenido en estrógenos favorecen el sobrecrecimiento de *Candida* (4).

El tratamiento para la candidiasis depende de la extensión de la infección y del estado general de la paciente, puede ser vía vaginal (clotrimazol, miconazol, ketoconazol) y/o vía oral (fluconazol o itraconazol)(1). El tratamiento con el que se suele abordar la CVVR es el fluconazol, se pauta fluconazol 150 mg cápsulas vía oral cada 72 h, un total de tres dosis, y se sigue con fluconazol 150 mg una vez a la semana durante 6 meses (5). A veces, a pesar de recibir tratamiento durante meses, tanto vía oral como vía tópica, la medicación no es capaz de detener la infección y los hongos vuelven a reproducirse. Actualmente, existen nuevos tratamientos como la inmunoterapia para tratar la candidiasis.

2 Objetivos

- Dar a conocer la existencia de la vacuna contra la candidiasis vulvovaginal
- Investigar y exponer la eficacia de la vacuna contra la candidiasis vulvovaginal

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica consultado diversas publicaciones y artículos en distintas páginas web y bases de datos como: Elsevier, Scielo, PubMed, Google Academic y Medlline. Se ha hecho una selección de artículos basándose en las siguientes palabras clave: “vacuna”, “vaccine”, “inmunoterapia”, “candidiasis”, “candidiasis vulvovaginal”; y con base en unos criterios de inclusión como son: artículos publicados entre 2017-2023, artículos de texto completo, artículos publicados en inglés o castellano.

4 Resultados

Realizando una revisión bibliográfica se ha encontrado y podemos describir la existencia de dos tipos de vacunas para el tratamiento de la candidiasis vulvovaginal.

- Autovacuna: se trata de una vacuna individualizada que en lugar de contener bacterias u hongos inactivos, incluye únicamente moléculas específicas del germen. Su mecanismo de acción consiste en generar anticuerpos ante las candidas de cada paciente generando una respuesta inmunitaria propia. Cada vacuna es sintetizada a partir de la cultivación de las candidas de cada persona. Los anticuerpos generados a partir de la vacuna se unen a la cándida destruyéndola (3). El objetivo de esta vacuna es conseguir que cada paciente genere sus propias defensas frente a la cándida, siendo el propio sistema inmune el que lucha contra la infección. La administración es en spray vía sublingual y se aplica diariamente hasta finalizar el frasco, es necesario estar en un período asintomático para comenzar con el tratamiento (6). La autovacuna presenta varias ventajas como la comodidad de administración, no es dolorosa, puede administrársela la propia paciente en casa, sin necesidad de acudir a su centro de salud y tiene buena aceptación y tolerabilidad de las pacientes. Varios estudios han demostrado la validez de la vacuna individualizada contra Candida, obteniendo una efectividad entre el 75-90% de las mujeres (7,8).

- Vacuna NDV-3A: se trata de una vacuna que contiene una proteína recombinante de adhesina/invasina de Candida Albicans. Se administra vía intramuscular en un total de 3 dosis de 0,5 mililitros una cada dos semanas durante 6 semanas en total. Solo dos artículos concluyeron que la vacuna es segura y eficaz contra la candidiasis vulvovaginal recurrente, pues redujo los episodios de infección en las mujeres tratadas. (9).

Por otro lado, también se ha encontrado la existencia de una terapia no farmacológica para tratar la candidiasis vulvovaginal recurrente, el láser ginecológico, trata la mucosa vaginal provocando la regeneración de la misma y reestableciendo el pH vaginal, reduciendo así las infecciones (10).

5 Discusión-Conclusión

La vacuna individualizada contra la candidiasis vulvovaginal se muestra como un tratamiento eficaz para las mujeres que la padecen, además podría llegar a ser una solución para las infecciones micóticas recidivantes. Es un tratamiento fácil de administrar y muy bien tolerado debido a su administración sublingual,

evitando así el dolor de los pinchazos. Por otro lado, el hecho de no tener que desplazarse a un centro de salud para su administración hace de la vacuna un tratamiento más económico y práctico.

La vacuna NDV-3A ha mostrado buenos resultados, pero son muy pocos los estudios realizados hasta el momento, por lo que es necesario seguir investigando y realizando ensayos con este tipo de vacuna para determinar su eficacia y seguridad.

Nuevas terapias no farmacológicas como el láser vaginal son también interesantes para el tratamiento de la candidiasis vulvovaginal, ya que recordemos, que esta patología es muy frecuente entre las mujeres y es necesario dar una solución a todas aquellas mujeres que la padecen.

La creación de nuevas investigaciones y ensayos clínicos sobre este campo son necesarios para controlar una patología tan frecuente. Es importante invertir en el estudio de este tipo de terapias y cualquier nueva aportación terapéutica ayudará a obtener el mejor tratamiento para la candidiasis vulvovaginal.

6 Bibliografía

1. <https://www.cun.es> [Internet]. [citado 16 de octubre de 2023]. Candidiasis: qué es, tipos, síntomas y tratamiento. Clínica Universidad de Navarra. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/candidiasis>
2. García AM, Vélez LIG. Candiadiasis vulvovaginal recurrente. Mem Curso Actual En Ginecol Obstet. 2020;26-35.
3. Hospitales HM. Inmunoterapia para prevenir la Vulvovaginitis Candidiásica [Internet]. [citado 15 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.hmhospitales.com/prensa/noticias/inmunoterapia-para-prevenir-vulvovaginitis-candidiasica>
4. Miró MS, Rodríguez E, Vigezzi C, Icely PA, Gonzaga de Freitas Araújo M, Riera FO, et al. Candidiasis vulvovaginal: una antigua enfermedad con nuevos desafíos. Rev Iberoam Micol. 1 de abril de 2017;34(2):65-71.
5. Soluciones clínicas para la candidiasis de repetición - Blog MQM [Internet]. Blog de Masquemedicos. 2021 [citado 16 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://blog.masquemedicos.com/soluciones-clinicas-para-la-candidiasis-de-repeticion/>
6. shcadmin. Candidiasis vaginal y digestiva: Nuevo tratamiento experimental [Internet]. SHC Medical. 2013 [citado 17 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://shcmedical.es/archivos/19127>

7. Asociación Española de Urología [Internet]. [citado 16 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.aeu.es/reunionesanteriores/aeu2016/resumenGR.aspx?Sesion=31&Numero=P-225>
8. info@inmunotek.com. MV140 (Uromune) en combinación con *Candida albicans* [Internet]. Inmunotek. 2021 [citado 16 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.inmunotek.com/mv140-v132-publicacion-frontiers/>
9. (PDF) NDV-3, una vacuna recombinante para *Candida* spp. y *Staphylococcus aureus*. ResearchGate [Internet]. [citado 17 de octubre de 2023]; Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/315049885_NDV-3_una_vacuna_recombinante_para_Candida_spp_y_Staphylococcus_aureus
10. Mension E, Alonso I, Tortajada M, Matas I, Gómez S, Ribera L, et al. Vaginal laser therapy for genitourinary syndrome of menopause – systematic review. *Maturitas*. 1 de febrero de 2022;156:37-59.

Capítulo 170

AYUNO INTERMITENTE COMO ESTILO DE VIDA

SHEREZADA HERRADOR CORDERO-SÁNCHEZ

LAURA ORTEGA INIESTA

LUIS GONZÁLEZ IZQUIERDO

PATRICIA ESTRADA ESCUDERO

MARIA DE GRACIA CRIADO NIETO- SANDOVAL

1 Introducción

En la actualidad, y según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se han triplicado las cifras de obesidad mundiales desde 1980 debido al consumo de alimentos procesados, demasiados carbohidratos y grasas saturadas sumado a una baja actividad física, lo que aumenta el riesgo a padecer enfermedades como la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial, las enfermedades cardiovasculares, coronarias y algunos tipos de cáncer. (1)

Fisiológicamente, el ayuno es el tipo de situación metabólica resultante tras un periodo prolongado sin ingestión de alimentos. Hipócrates ya hablaba y defendía el ayuno con fines médicos. Tampoco se debe olvidar que, en muchas tradiciones religiosas y étnicas, el ayuno es una práctica importante, como es el caso del Ramadán dentro de la práctica islámica, donde los musulmanes adultos sanos ayunan desde el amanecer hasta el atardecer durante el mes sagrado. (3,4)

El ayuno intermitente (AI) o “intermittent fasting”, es una técnica cada vez más extendida, puesto que este tipo de “dieta”, permite adaptar nuestra alimentación al tipo de estilo de vida y rutinas diarias que llevamos, de este modo es mucho más cómodo el practicarla. (1)

Bien es cierto que este tipo de herramienta no es adecuada para todos los individuos. Es preciso individualizarla y adecuar el tipo de AI que mejor se adapte al individuo y a su estilo de vida. Así como informar al paciente que la realice de los posibles cambios corporales que va a experimentar, tales como problemas en la concentración y en la memoria, cansancio, mal aliento, sed y disminución de las funciones cognitivas, debido a que la principal fuente de energía ya no será la glucosa. (5)

A pesar de que hay especialistas que para perder peso siguen recomendando las seis comidas diarias, actualmente se ha aumentado el interés por la restricción a la ingesta de calorías durante ciertos periodos del día. (4)

2 Objetivos

- Conocer qué es el ayuno intermitente.
- Diferenciar entre los distintos tipos de ayuno intermitente.
- Clarificar si el ayuno intermitente se puede adaptar a nuestro estilo de vida actual.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 ayuno intermitente (AI) se define como la restricción voluntaria de alimentos y bebidas durante un periodo específico de tiempo. Hay que recalcar que el AI es voluntario, por lo que es importante no confundirlo con la inanición, que por el contrario no es voluntaria y podría desencadenar el fallecimiento del paciente. (5)

El AI consiste en alternar periodos de tiempo con poca o incluso ninguna ingesta de energía, con periodos intermedios de ingesta normal de alimentos. (1) Dependiendo de la duración, el ayuno produce una serie de alteraciones en el organismo:

- Primeras 24-48h. Durante las primeras horas en las que se comienza el ayuno, se produce una disminución de la glucemia, puesto que se consume toda la glucosa, tanto la circulante como la almacenada. Esto hace que se produzca una gluconeogénesis hepática a partir de triglicéridos del tejido adiposo y ácidos grasos.
- A partir de las 72h. En este momento, los lípidos pasan a ser la principal fuente de energía, y tras el paso de varios días las cetonas pasarán a ser el principal combustible del cerebro, lo que mejorará la conexión entre las neuronas. (10)

CARACTERÍSTICAS DEL AYUNO INTERMITENTE:

Algo a tener en cuenta desde el primer momento en el que se comienza un AI, es que no consiste en dejar de comer, si no en comer en periodos de tiempo específicos que se pueden adaptar a momentos particulares del día, cuando tengamos más actividad o en los momentos de descanso. Así el individuo debería tener en cuenta tres aspectos fundamentales a la hora de llevar a cabo un ayuno intermitente. Cómo de intensa se quiere llevar a cabo la restricción alimentaria y la frecuencia y duración de los periodos de ayuno.

A lo largo de la historia han existido diferentes tipos de ayuno intermitente. Por ejemplo, el ayuno tipo Ramadán, que es un tipo de ayuno diario a lo largo de 29 días; el método de ayuno de Büchinger, donde la alimentación se basa en vegetales o zumos de frutas a lo que se suma el ejercicio físico, aplicación de enemas o laxantes... Esto hace que sea una dieta muy baja en calorías por lo que no es recomendable. Por otro lado, se encuentra la restricción calórica, que consiste en reducir la ingesta calórica entre 30-40%. Dentro de este tipo entran los AI. (1)

Entre las restricciones calóricas más frecuentes, encontramos:

- Ayuno intermitente (AI): El más conocido es el 16:8, 16h de ayuno y 8h de ventana alimenticia.
- Ayuno alterno (AA): Consiste en un ayuno que intercala días de alimentación donde se consume tanto como se quiera con días en los que no se consumen calorías. Un ejemplo de este tipo de dieta es la 5:2 que implica restricciones de energía durante 2 días consecutivos por semana y comer sin restricciones los otros 5 días. (8)

Dentro de los ayunos intermitentes se pueden ajustar para llevarlo a cabo por la mañana o durante la tarde, según mejor se adapte al propio estilo de vida.

- El AI de mañanas: Si se prefiere comer en las primeras horas del día, realizando un desayuno y una comida temprano. Los AI más asequibles dentro de este tipo

son el 12/12, el 14/10 y el 16/8. El 18/6 y el 20/4 son demasiado restrictivos. o AI 12/12: Se come y se ayuna en franjas de 12h. Por ejemplo, si se desayuna a las 8 de la mañana, se debería hacer la última comida a las 20:00h y ya no volver a comer nada más hasta el día siguiente. o AI 14/10: Se come en una ventana de 10h y se ayunan 14h. Por ejemplo, se desayuna a las 8:00h, dejas de comer a las 18:00h. o AI 16/8: Es la más practicada. Consiste en comer en un periodo de 8h y ayunar 16h al día.

- AI de tardes: Si se prefiere alargar el tiempo del ayuno nocturno y atrasar el horario del desayuno y la comida. Al igual que el AI de mañanas, es más asequible llevar a cabo el AI de tardes en los horarios de 12/12, 14/10 y 16/8. o AI 12/12: Se come y se ayuna en franjas de 12h. o AI 14/10: Se come en una ventana de 10h y se ayunan 14h. Por ejemplo, se desayuna a las 11:00h y dejas de comer a las 21:00h. o AI 16/8: Es el más habitual y supone comer en una ventana de 8h y ayunar 16h. Por tanto, se podría desayunar a las 12:00h y hacer una última comida antes de las 20:00h.

Todos estos horarios son meros ejemplos explicativos, aunque el más efectivo según el Colegio Médico de Harvard, es el que se adapta a los ciclos sueño-vigilia. Dentro de los ayunos más aconsejados se encuentra el de comer en el periodo entre las 7:00 y las 15:00h o entre las 10:00 y las 18:00 de la tarde, aunque la elección de un tipo de AI dependerá de los horarios, ritmo y estilo de vida que se lleve. (9)

Entre los beneficios que tiene el ayuno intermitente se encuentran la pérdida de peso, la regulación de la glucosa y de la sensibilidad a la insulina, incluso mejora la tensión arterial, la frecuencia cardiaca y se reduce la grasa abdominal. (4)

EL AYUNO INTERMITENTE EN LA BIOQUÍMICA DEL CUERPO HUMANO. CONSIDERACIONES CLÍNICAS Y LIMITACIONES.

Multitud de estudios han postulado que el ayuno intermitente reduce los efectos secundarios de la quimioterapia y la radioterapia, además de potenciar su actividad y regular la saciedad, lo que lo hace una herramienta efectiva para la prevención y tratamiento de las enfermedades metabólicas y el cáncer.

No conlleva cambios en los glóbulos rojos, hematocrito, hemoglobina, eritrocitos, ferritina, bilirrubina, transferrina y demás parámetros hematológicos, pero favorece la oxidación de los lípidos, de triglicéridos y de colesterol, revierte la resistencia a la insulina en diabéticos y los niveles de estrés oxidativo, además de la disminución de IMC, niveles de glucosa, Hemoglobina glicosilada, insulina y TSH. (1)

☒ RITMO CIRCADIANO:

El ritmo sueño-vigilia es un biorregulador muy importante en el metabolismo,

puesto que además de ejercer acciones fisiológicas, es capaz de coordinar funciones dentro de la célula. El ayuno es una señal externa que influye en este biorritmo, asociándose a que alimentarse durante el día, suprimir la alimentación en las horas de oscuridad y tener un buen patrón de sueño/descanso, favorece a los ritmos circadianos.

Además, tiene impacto sobre la sensibilidad a la insulina. Conforme se cumplen años y tras la ingestión de comida, los niveles de glucosa e insulina en sangre aumentan, sobre todo por las noches, lo que aumentaría el riesgo de padecer diabetes tipo 2. El ayuno intermitente ha demostrado mejorar los biorritmos circadianos y por tanto podría relacionarse con el mejor control metabólico, lo que supondría una reducción en la aparición de enfermedades crónicas. (3)

☒ CORTISOL:

El cortisol es una hormona esteroidea derivada del colesterol. La liberación de esta hormona es pulsátil, e influye en ella el ciclo sueño/vigilia y estrés. La concentración de cortisol es mayor al despertar y va bajando durante el día. Se ve aumentada en situaciones de ejercicio, trauma, ansiedad o depresión, de ahí que niveles altos de cortisol afecten a nuestro sistema inmunitario. Diversos estudios confirman que el AI controla los niveles de cortisol, por lo que beneficiaría a nuestras situaciones de estrés y mejoraría nuestro sistema inmunitario (9,10)

☒ DIABETES MELLITUS:

La OMS define la diabetes como una enfermedad crónica dentro de la cual su efecto se manifiesta por la disminución de producción de insulina por parte del páncreas o la incapacidad del organismo de asimilar dicha insulina eficazmente, conduciendo a una elevación de glucosa en sangre. (7)

Todos los estudios encontrados, mostraron una mejoría en pacientes diabéticos que realizaron ayuno intermitente en cuanto a una reducción del peso, mejora del perfil lipídico y disminución de las necesidades de insulina, glucosa en ayunas, la hemoglobina glicosilada y control sobre el apetito, siendo cierto que deben llevarla a cabo bajo una estrecha supervisión. (3)

Un dato a considerar es la diferencia entre realizar un AI en un diabético o llevar a cabo una restricción calórica. La restricción calórica no supuso una mejora de los niveles de insulina en ayunas en el tiempo, pero sí mejoró la respuesta glucémica. (2)

☒ SOBREPESO Y OBESIDAD:

Se ha demostrado que el ayuno intermitente es igual de efectivo que perder peso mediante dietas convencionales en cuanto a la disminución de peso y de masa grasa, con la diferencia de que la AI produce una mejor adherencia en cuanto al estilo de vida que conlleva, mantenimiento del peso y como factor cardioprotec-

tor, haciendo además que no se perdiera masa magra en el proceso de pérdida de peso.

Dentro de los tipos de AI aconsejado, muchos autores coinciden en que suprimir el desayuno de la dieta conlleva un aumento del riesgo de obesidad y sobrepeso, además de relacionarse con un aumento del peso corporal, de la obesidad de tipo central, el índice de masa corporal, la circunferencia de cintura, la dislipemia y la glucemia. (3, 6, 11)

☒ ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES:

Se ha comprobado que el AI mejora indicadores de salud cardiovascular tales como la presión sanguínea, la frecuencia cardíaca en reposo, el colesterol, los niveles de HDL y LDL, glucosa, insulina, la resistencia a la insulina y los triglicéridos. (5)

Estudios confirman que el hecho de no desayunar conlleva mayor porcentaje de obesidad central, peso corporal, índice de masa corporal, circunferencia de cintura, dislipemia y glucemia, sería apresurado relacionarlo con eventos cardiovasculares. (4)

Al valorar el perfil lipídico, se señala que el ayuno intermitente es efectivo para controlar las LDL. Otros estudios sin embargo no son demasiado concluyentes con respecto a las HDL, puesto que diversos afirman que aumentan y otros afirman que no hay una alteración demasiado significativa. Por lo que, con respecto a las HDL, se debe seguir investigando (3,11)

Un hecho que se debe considerar el esfuerzo que conlleva dicha práctica, sobre todo vinculada a la pérdida de peso y a las enfermedades cardiovasculares; ya que se ha demostrado que durante las primeras semanas el proceso de adaptación es complicado y es la principal causa de abandono de dicho enfoque del estilo de vida. (6)

☒ NIVEL PSICOLÓGICO Y ESTADO ANÍMICO:

El practicar un AI produce una sensación de bienestar y euforia que se traduce en un sentimiento de mejora del estado anímico, aunque es necesario asociar esta práctica al entrenamiento físico. (1)

☒ CÁNCER:

Niveles bajos de glucosa en sangre generan un estrés a las células tumorales cuyas necesidades energéticas proceden principalmente de la glucosa, por lo que se inhibe su crecimiento haciendo más efectivo el tratamiento quimioterápico, además de reducir los efectos secundarios de dicho tratamiento. (3)

CONTRAINDICACIONES:

Un aspecto a tener en cuenta en la aplicación de un AI es el estilo de vida. Las principales contraindicaciones para este tipo de estilo de vida se relacionan con

el padecimiento de algunas enfermedades como una hipertensión severa, enfermedad renal, tener niveles altos de LDL o ácido úrico, y en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 1 (no es contraindicación la diabetes tipo 2, pero precisa control según el tipo de tratamiento). Tampoco está indicado en pacientes que hayan tenido trastornos de conducta alimentaria.

Es importante enfatizar los beneficios del ayuno intermitente sobre el sistema cardiovascular, pero también debemos tener cuidado con los pacientes con elevado riesgo cardiometabólico y obesidad, además de los pacientes con DM tratados con determinados hipoglucemiantes orales e insulina por el mayor riesgo de hipoglucemia (5,8)

5 Discusión-Conclusión

Primeramente, hay que tener en cuenta que las dietas con 6 comidas siguen estando muy presentes en nuestra cultura y un cambio en este parecer es bastante complejo. Llevar a cabo esta práctica, genera hambre, irritabilidad y reducción en la capacidad de concentrarse durante las primeras semanas, consecuencias a tener en cuenta antes de proponerse este tipo de ayuno con la finalidad de no abandonarlo.

Numerosos estudios han demostrado que la restricción calórica nocturna, mejora los perfiles metabólicos y, por tanto, reduciría los riesgos a padecer enfermedades cardiovasculares y crónicas, pero lo más importante a tener en cuenta son las contraindicaciones y valorar los casos de la manera más personal posible.

El ayuno intermitente aún es un tema bastante “nuevo” como para poder afirmar con absoluta firmeza que la práctica del ayuno intermitente no tendrá ningún tipo de complicaciones si lo implementamos como estilo de vida, por lo que se precisarán más estudios más a largo plazo. Aunque lo primordial cuando un paciente inicia un ayuno intermitente será satisfacer sus necesidades nutricionales, y proporcionar asesoramiento y orientación alimentaria para evitar posibles carencias nutricionales

6 Bibliografía

1. Santana-Choez JE, Malatay-Sandoval L, Alcocer-Diaz S. Intermittent Fasting, hematological and biochemical parameters: how much association? Dominio de la ciencia. 2021 Marzo; 7(2).
2. Kovalkova K, Almudéver Campo L. The effects of intermittent fasting in patients with type 2 Diabetes Mellitus. Systematic review. Nutrición clínica y Di-

etética hospitalaria. 2022 febrero; 42(1): p. 50-61.

3. Mussi Stoizik JA, Heredia R, Elías ML, Avena V, Boarelli P. Intermittent fasting: myth or reality? ICU: Investigación, Ciencia y Universidad. 2021; 5(6).

4. Canicoba M. Aplicaciones clínicas del ayuno intermitente. Revista de nutrición clínica y metabolismo. 2020 julio; 3(2).

5. Wong-Gonzales JJ, Quipe-Palacios JA. Esquema del ayuno intermitente y reducción de medidas antropométricas, perfil lipídico, presión arterial y riesgo cardiovascular. Revista Facultad de Medicina Humana URP. 2022; 22(1): p. 139-146.

6. Salse-Batán J, Villar Pérez B, Sánchez-Lastra MA, Ayan Pérez C. The effects of exercise and intermittent fasting on health: a systematic review. Arch. Med. Deporte. 2021; 38(1): p. 54-61.

Capítulo 171

RECOMENDACIONES Y PROFILAXIS AL VIAJERO EN ZONAS DE RIESGO DE MALARIA

CARLOS RODENAS MORENO

1 Introducción

La malaria, también conocida como paludismo, es una enfermedad infecciosa transmitida por mosquitos que es causada por parásitos del género *Plasmodium*. Dichos insectos suelen picar durante las horas de menos luz, es decir, entre el atardecer y el amanecer. Existe un mayor riesgo durante las estaciones de más lluvia tanto en zonas urbanas como rurales que se sitúan a menos de 2000 metros de altura.

Las zonas con riesgo de contagio de malaria se sitúan a ambos lados del ecuador, en áreas tropicales y subtropicales (las áreas con riesgo más alto se encuentran en el África subsahariana, la India y sureste asiático).

Los síntomas de la malaria pueden variar, pero comúnmente incluyen fiebre, escalofríos, sudoración, dolor de cabeza, dolor muscular y fatiga. En casos graves, puede provocar complicaciones como anemia, daño cerebral, insuficiencia renal y coma. Mayormente, el periodo de incubación dura una semana hasta el inicio de los síntomas aunque pueden existir casos que se inician al mes, estando el viajero de vuelta en el país de origen.

La formación del equipo sanitario en recomendaciones al viajero de zonas endémicas con riesgo de malaria es necesaria para prevenir el contagio, entre las recomendaciones que se darán se encuentra la información de métodos profilácticos, medidas para evitar picaduras y actuación ante signos y síntomas.

2 Objetivos

- Conocer las recomendaciones preventivas contra las picaduras de mosquito en zonas de riesgo de malaria.
- Conocer la profilaxis contra la malaria para viajeros en zonas de riesgo.

3 Metodología

En la presente revisión se emplearon las bases de datos Pubmed y Dialnet para la búsqueda de contenidos. Se hizo uso de las palabras clave malaria, recomendaciones, prevención y profilaxis para encontrar aquellas revisiones, artículos y estudios referentes al tema.

4 Resultados

La primera medida a tomar frente al paludismo es la quimioprofilaxis, ésta es un tratamiento farmacológico que debe iniciarse una semana antes del viaje, continuar durante la estancia y finalizar cuatro semanas después de dejar la zona de riesgo de malaria.

Existe una amplia variedad de fármacos antipalúdicos para la profilaxis en el viajero como el atovacuona/hidrocloruro de proguanil, la cloroquina, la cloroquina/proguanil, la doxiciclina, la mefloquina y el proguanil. Cada uno de éstos tiene sus particularidades de posología, duración, empleo en casos especiales y contraindicaciones.

La elección y prescripción de uno u otro debe ser por parte del médico estudiando las particularidades de la zona donde se viaje ya que existen diversas cepas de malaria que responde mejor a unos tratamientos o son resistentes a otros. Las particularidades de cada fármaco pueden consultarse en el Ministerio de Sanidad. Ninguna profilaxis proporciona una protección completa frente a la malaria pero si se elige el tratamiento adecuada y se cumple la dosificación el riesgo de enfermedad mortal se reduce considerablemente.

La segunda medida que le personal sanitario dará a los viajeros a zonas de riesgo de malaria es la protección frente a los mosquitos. La mayoría de estas medidas son sencillas como llevar ropa larga y colores claros, impregnar la ropa con permetrin, empleo de repelentes con piretrinas en zonas de piel expuesta, dormir en habitaciones con aire acondicionado, hacer uso de mosquiteras en ventanas y mallas alrededor de la cama, pulverizar con insecticidas y utilizar dispositivos electrónicos para ahuyentar a los mosquitos.

Aquellas personas que hayan estado en zonas de riesgo y que inician con síntomas compatibles deben contactar lo antes posible con un centro médico, advirtiéndole que ha estado en una zona con riesgo de malaria.

5 Discusión-Conclusión

Se considera necesario la formación del equipo sanitario en recomendaciones al viajero en zonas endémicas para prevenir la transmisión de la malaria. Entre las recomendaciones que se darán se encuentra la información de métodos profilácticos, medidas para evitar picaduras y actuación ante signos y síntomas.

Ninguna profilaxis protege por completo al viajero pero es necesario elegir el fármaco adecuado y cumplir estrictamente con la dosificación para prevenir casos graves. Además, no se debe pasar por alto el inicio de síntomas durante el mes siguiente de dejar las zonas de alto riesgo.

La transmisión de la malaria en viajes internacionales es un problema de salud pública de interés mundial.

6 Bibliografía

- 1- López-Vélez R. Prevención de la malaria en los viajes internacionales. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2003; 21(5):248-60.
- 2- Morales Martínez R, Oliveira Souto I. Guía de recomendaciones para la prevención de la malaria en viajeros 2019. Semtsi.
- 3- VIAJES INTERNACIONALES Y SALUD - CAPÍTULO 7. Ministerio de Sanidad.
- 4- Guidelines for the treatment of malaria, third edition. Geneva: World Health Organization; 2015.
- 5- Capdevila JA, Icart R. Profilaxis de la malaria en el viajero. *Rev Clin Esp*. 2010; 210(2): 77-83.

Capítulo 172

ÚLCERAS POR PRESIÓN. PAPEL DE LA ENFERMERÍA COMO MEDIDA DE PREVENCIÓN

RAQUEL RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

ENRIQUE PALOMO DE GUZMAN

NURIA GIL PEÑA

PIEDAD DE LOS REYES

VERÓNICA CRESPO GINES

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP) son aquellas lesiones que se producen cuando hay una restricción del flujo sanguíneo durante una presión prolongada. Estamos, por tanto, ante una necrosis de la piel y del tejido subcutáneo que se provoca como consecuencia de la disminución del aporte de nutrientes y oxígeno a dicha zona a causa del aplastamiento de los vasos sanguíneos.

Este tipo de lesiones son muy comunes en pacientes con una movilidad reducida sin la correcta supervisión, por lo que las personas incapaces de cambiar de posición o aquellas que pasan la mayor parte del tiempo en una cama o silla tienen mayor riesgo de desarrollar este tipo de lesión.

Generalmente aparecen en zonas con prominencias óseas, pliegues cutáneos, zonas de apoyo de sondas y zonas de compresión como por ejemplo, férulas de

yeso. Pueden desarrollarse en horas o días y muchas de ellas, si se descubren a tiempo, pueden curarse, pero, sin embargo, algunas nunca terminan de curarse por completo.

El papel de la enfermería es muy importante para ayudar a prevenir estas lesiones, ya que las UPP pueden generar un aumento en el gasto de material además de alargar la estancia hospitalaria de los pacientes, por lo que estamos ante un importante problema de salud pública.

2 Objetivos

- Explicar los cuidados específicos de enfermería para la prevención de las úlceras por presión.
- Conocer la afectación psicológica de estos pacientes y como el personal de enfermería puede abordarlo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha 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, Google Académico y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las úlceras por presión (UPP) se definen como cualquier lesión de la piel y tejidos subyacentes a consecuencia de la presión, cizalla, fricción o combinación de las mismas, por lo que estamos ante unas lesiones de etiología multifactorial. Habitualmente se localizan sobre prominencias óseas y su gravedad abarca desde un enrojecimiento de la zona hasta úlceras profundas con afectación muscular y ósea.

La inmovilidad, el deterioro cognitivo, el déficit nutricional y la incontinencia están entre los factores de riesgo más importantes que contribuyen a la formación de este tipo de úlceras.

Según el Grupo Nacional para el estudio y asesoramiento de las Úlceras por Presión o GNEAUPP las UPP se clasifican en cuatro estadios:

- Estadio I: se manifiesta principalmente por un enrojecimiento de la piel que no palidece al presionar.
- Estadio II: existe una pérdida parcial del grosor de la piel. Estamos ante una úlcera superficial.
- Estadio III: nos encontramos con una pérdida total del grosor de la piel lo que implica necrosis del tejido subcutáneo.
- Estadio IV: hay una pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa. En este estadio es habitual encontrarnos afectación en el músculo, hueso o estructuras de sostén.

Para valorar el riesgo de cada paciente una de las escalas más utilizadas por el personal de enfermería sería la de Braden, creada en 1987 y validada a nivel internacional. Esta escala valora la exposición a la humedad, movilidad, actividad física, roce, nutrición y percepción sensorial otorgando a cada parámetro una puntuación del 1 al 4, dónde el 1 sería el riesgo máximo. Una vez valorados dichos parámetros se calcula la suma de los puntos obtenidos y tendríamos la siguiente clasificación:

- Riesgo bajo: 15 puntos o más.
- Riesgo moderado o intermedio: 13 – 14 puntos.
- Riesgo alto: menos de 12 puntos.

Nuestros principales objetivos como enfermeros una vez se haya identificado y valorado el riesgo de cada paciente serían mantener y mejorar el estado de la piel haciendo que se encuentre limpia y seca, y, protegerla de las principales causas que provocan este tipo de lesiones.

Para minimizar el efecto de la presión debemos tener en cuenta los siguientes puntos:

- Movilización: debemos elaborar un plan de cuidados que mejore la movilidad y actividad del paciente.
- Cambios posturales.
- Superficies especiales de apoyo.
- Protección local: para reducir las posibles lesiones pueden utilizarse AGHO (aceites grasos hiperoxigenados) y apósitos protectores.

Todo lo anteriormente mencionado estaría dentro de los cuidados más específicos para la prevención de las UPP desde el punto de vista de la enfermería, pero también debemos tener en cuenta la importancia de unos buenos cuidados generales. Asegurarse una buena nutrición e hidratación del paciente es fundamental para la prevención de este tipo de lesiones.

Por otro lado, cabe destacar que algunas de las complicaciones más frecuentes en este tipo de pacientes son el dolor, infecciones, pérdida de independencia, de-

presión, amputaciones. Todas estas repercusiones reducen la calidad de vida y suponen una importante carga emocional, por lo que nuestro papel como enfermeros es fundamental para lograr o mantener estabilidad a lo largo de todo este proceso. Para conseguirlo, es necesaria la creación de un plan de cuidados de enfermería completo e integral en el que se utilicen las escalas de valoración más adecuadas.

Nuestro rol como enfermeros, por tanto, es imprescindible, ya que seremos los encargados de curar las heridas y cuidar al paciente dentro un contexto multidisciplinar. Seremos los transmisores principales de conocimientos a los cuidadores informales, por lo que la educación para la salud también juega un gran papel dentro de este tipo de lesiones. Establecer una buena relación terapéutica y hacer que el entorno del paciente también se vea implicado aumentará la tasa de bienestar, permitiendo a los pacientes continuar con su proyecto de vida.

5 Discusión-Conclusión

Las úlceras por presión suponen un problema que depende de muchos factores. Los enfermeros debemos conocer unos principios básicos que ayuden a prevenir este tipo de lesiones para así evitar mayor repercusión en el paciente.

Para poder realizar una correcta valoración los elementos más utilizados serían las escalas, destacando la anteriormente mencionada Escala de Braden.

Estamos ante un tipo de lesión que va a provocar un gran impacto en todos los niveles de la vida del paciente. Las implicaciones psicológicas son muy frecuentes, ya que la ansiedad, depresión y aislamiento social están estrechamente ligados tras la aparición de dichas úlceras.

Por tanto, volvemos a recalcar la importancia del papel de enfermería, puesto que es imprescindible que como profesionales estemos cualificados para la realización de un plan de cuidados específico para cada paciente.

6 Bibliografía

1. González Huergo, CM. Impacto psicológico de las úlceras por presión. Dialnet [revista en Internet] 2021 [acceso 28 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8221121>
2. Urian Peña YT, Fuentes González N, Quemba Mesa MP. Conocimientos de los cuidadores informales acerca de la prevención de lesiones por presión en pacientes domiciliarios dependientes de Tunja, Colombia. Estudio transversal con fase psicométrica. Univ.Salud [internet] 2023 [acceso 28 de septiembre de

2023]; 25(1): 1-8. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-71072023000100005&script=sci_abstract&tlng=es

3. Rodríguez M, Almozara R, García F, et al. Cuidados de enfermería al paciente con úlceras por presión. Guía de prevención y tratamiento. Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. GNEAUPP.

4. Rodríguez Nuñez C, Iglesias Rodríguez A, Irigoien Aguirre J, et al. Nursing records, prevention measures and incidence of pressure ulcers in an Intensive Care Unit [Internet]. U.S. National Library of Medicine; 2019 [acceso 28 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30190248/>

Capítulo 173

ENFERMERÍA TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN MARCAPASOS DEFINITIVO

GUSTAVO MUÑOZ MARIN

MARTA MONTEALEGRE PINARDO

MERCEDES BARRILERO FERNÁNDEZ DE LA PUEBLA

SHEYLA CARRETÓN CASTILLO

CARLOS JAVIER MARTÍNEZ VELA

1 Introducción

Según la Real Academia Española, las arritmias se conocen como “contracciones cardíacas irregulares y erráticas” o arrítmicas. Este cambio puede ocurrir de tres maneras:

Taquicardia: El corazón late demasiado rápido de manera regular. Eso es más de 100 veces por minuto.

Bradicardia: el corazón a menudo late demasiado lento. Es decir, menos de 50 latidos/minuto.

Arritmia irregular: el corazón late de manera caótica, ya sea rápido o lento. La atención de pacientes con marcapasos permanente incluye un enfoque multidisciplinario de atención individualizada entre el equipo de atención primaria y la atención especializada para llegar a un plan de atención integral que se adapte a

las necesidades del paciente y se requiere evaluación. Es necesario enfocarse principalmente en tratar la causa, evitar las complicaciones que pueden ocurrir con o sin trasplante y brindar educación al equipo, al paciente y a la familia/cuidador. Los estudios analizados hasta el momento reflejan la presencia de enfermeras durante todo el proceso: antes del diagnóstico, durante la cirugía, al alta y posttratamiento, y estas personas son las encargadas de brindar cuidados, garantizar una calidad de vida óptima y una rápida recuperación a través de adecuada adaptación mientras obligas a tu equipo a seguir entrenando.

Por lo tanto, el enfermero como facilitador del cuidado holístico y promotor del cuidado integral es fundamental en el cuidado de los pacientes en etapa de transición y terminal.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer algunas recomendaciones para mejorar la utilización del marcapasos.

Objetivos secundarios:

- Indicar qué cuidados estrictos se deben llevar a cabo en el postoperatorio.
- Analizar las ventajas de los avances en los marcapasos.

3 Metodología

Para la elaboración del siguiente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica en castellano de libros como Revista de Medicina Intensiva, Sociedad Española de Cardiología y Revista de Medicina Clínica de Scielo; y entre las principales Bases de Datos como Cuiden, Medline, Dialnet y Teseo.

Para llevar a cabo la búsqueda, se han utilizado los operadores booleanos clásicos (Y/AND, O/OR, NO/NOT) junto con términos claros, sencillos y concretos relacionados con el tema:

- Nurs*, Nursing Care, Nurse, Cuidados de Enfermería.
- Enf*, Enfermería.
- Intervenciones de enfermería, Educación para la Salud.
- Bloqueo auriculoventricular completo, Complete atrioventricular block.
- Bradicardia, bradicardia.

También se ha realizado una búsqueda en internet en los siguientes buscadores: Guía del paciente portador de marcapasos elaborada por el Ministerio de Sanidad y consumo, Google Académico, Inbiomed, Organización Mundial de la Salud (OMS), Scielo y Sistema Nacional de Salud (SNS).

4 Resultados

Atención preoperatoria e intraoperatoria:

- Comunicar claramente al paciente y la familia sobre el nivel de comprensión del procedimiento a realizar, cuánto tiempo llevará el procedimiento y cómo se explicará el procedimiento para garantizar la cooperación adecuada y la máxima comodidad.
 - Asegurarse de que el paciente o su representante legal haya firmado el consentimiento informado y haya ayunado las 6 horas previas a la cirugía.
 - Asegurarse de que todas las pruebas necesarias estén incluidas en el historial médico (Radiografía, análisis, electrocardiograma (ECG), etc.) y funcionamiento normal del eventual marcapasos implantado.
 - Garantizar la máxima esterilidad durante el procedimiento mediante la preparación de las zonas íntimas. Rasurar la zona genital (si es necesario), lavar las zonas íntimas con jabón antiséptico y secar con gasa esterilizada. Luego aplicar una solución antiséptica y cubrir con una toalla estéril. Preparar la mesa de operaciones con la ayuda de un auxiliar de enfermería. Además, se consideran desfibriladores, analizadores de umbral de parada de vehículos, fluoroscopia, electrocardiogramas y osciloscopios si es necesario.
 - Insertar una vena periférica en el brazo opuesto al sitio del implante y verificar su permeabilidad.
 - Monitorizar las constantes vitales del paciente mediante monitor antes y durante la técnica para detectar anomalías, con la frecuencia descrita en el protocolo del hospital y siempre que la situación clínica lo requiera. Vigilar el nivel de conciencia siempre que la intervención se realice bajo anestesia local.
 - Controlar completamente el ECG del paciente: ver si está en ritmo sinusal, presencia de Presión Venosa central o PVC, cambios de ritmo y más.
 - Realizar un seguimiento de los cambios del paciente informando a los reanimadores y registrando la atención según sea necesario.
- Tomar los medicamentos de acuerdo con las instrucciones de su médico.
- Si hay sangrado en el sitio de punción: Aplicar presión local y aplicar hielo.

Cuidados postoperatorios:

La atención después de que finaliza la cirugía se puede dividir en atención inmediata (atención que ocurre después de salir del quirófano y hasta las siguientes 24 horas) y atención tardía (atención que ocurre después de que el paciente ha sido dejado).

El primer día, el paciente será ingresado en la unidad de cuidados intensivos (UCI) durante 24-48 horas.

- Cuidado inmediato:

Prevención de infecciones: el sitio de la incisión debe revisarse diariamente y durante la cirugía para detectar enrojecimiento, hinchazón, dolor o sangrado inusuales hasta que la incisión esté completamente curada.

Realizando esta técnica en condiciones asépticas máximas, el sitio del injerto se cicatriza diariamente y se cubre con un apósito estéril. Este soporte se monitorea hasta que la incisión quirúrgica se cierra por completo.

Evitar el hematoma del reservorio subcutáneo como se comenta en el apartado de Complicaciones. Durante las primeras 24 horas, aplicar un peso pesado y un enfriamiento tópico en el área antes mencionada y un vendaje de compresión.

Continuar tomando esta medida en casa la semana siguiente.

Inmovilizar el brazo durante las próximas 24 horas. Reanudar la ingesta según tolerancia.

Radiografía de tórax para confirmar la colocación de los electrodos. Tras realizar técnicas de detección de anomalías, monitorizar las constantes vitales del paciente con la frecuencia especificada en el protocolo del centro hospitalario y siempre que la situación clínica lo requiera.

Medir los parámetros del marcapasos y ajustarlos si es necesario. ECG de 12 derivaciones.

Si todo va bien, el paciente puede irse a casa con su informe médico y la identificación del marcapasos. Citación de consulta médica intensiva para seguimiento de marcapasos, según protocolo y estado del paciente.

Atención al alta y posterior al alta:

- Una enfermera de atención primaria examinará y tratará regularmente la herida y retirará las suturas 8-10 días después del procedimiento.
- Vigilar fluidos corporales, hematomas y temperatura del paciente.
- Monitorear rechazo de marcapasos con síntomas como fiebre, fluctuaciones locales de marcapasos. - Durante el primer mes, especialmente la primera semana, no apoyar esta zona, no hacer movimientos bruscos ni levantar objetos pesados de costado.

5 Discusión-Conclusión

Los estudios analizados llegan a la conclusión de que la actuación de enfermería en este ámbito se ha vuelto indispensable en todas sus fases, desde que se le diagnostica la alteración en el ritmo cardíaco, hasta que pasa por el quirófano y permanece hospitalizado, o incluso una vez que le dan el alta y de forma crónica

durante años, para ayudarle a afrontar su vida diaria y resolver todas sus dudas que estén a nuestro alcance, así como proporcionar los autocuidados adecuados, es decir, conseguir una recuperación rápida y adaptación adecuada y la máxima calidad de vida. Esto exige a la enfermera una formación continua en el tema para cumplir dichas expectativas y proporcionar una educación sanitaria óptima tanto al paciente como a sus familiares.

6 Bibliografía

1. Medtronic [Internet]. Madrid: España. 2020; [citado 2022 junio 30]. Disponible en: <https://www.medtronic.com/es-es/tu-salud/tratamientosyterapias/bradicardia/vivir-con.html>.

Capítulo 174

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA TORACOTOMÍA

GUSTAVO MUÑOZ MARIN

MARTA MONTEALEGRE PINARDO

MERCEDES BARRILERO FERNÁNDEZ DE LA PUEBLA

SHEYLA CARRETÓN CASTILLO

CARLOS JAVIER MARTÍNEZ VELA

1 Introducción

Vamos hablar de como cuida el equipo de enfermería en el proceso de la toracotomía en los pacientes. La Toracotomía es un procedimiento quirúrgico que se ha utilizado desde hace siglos para acceder a los órganos dentro de la cavidad Torácica .

La Historia se remonta a la antigua Grecia ,en la cual se llevaban a cabo actos quirúrgicos en el Tórax para tratar heridas de guerra y enfermedades pulmonares.

En la Edad Media ,la cirugía torácica se limitaba a la realización de sangrías y cauterizaciones para tratar enfermedades pulmonares.

Fue en el Siglo XIX cuando se comenzaron a realizar procedimientos quirúrgicos más complejos ,como la resección pulmonar y la reparación de malformaciones congénitas.

Durante la Primera Guerra Mundial ,la Toracotomía se empleó para tratar heridas de bala y las lesiones pulmonares por traumatismos de todo tipo.

En la Segunda Guerra Mundial , la Toracotomía se convirtió en un procedimiento estándar para el tratamiento de las heridas torácicas.

En las décadas siguientes se desarrollaron técnicas más avanzadas,como la Toracoscopia y la cirugía robótica que permitieron más precisión en las cirugías.

Hoy en día la C.Torácica trata enfermedades pulmonares como cáncer de pulmón,la tuberculosis y las enfermedades cardíacas congénitas y de reparación cardíaca.

2 Objetivos

Describir e indicar el papel del personal de enfermería en el cuidado del paciente sometido a toracotomía en los centros hospitalarios.

3 Metodología

Se han evaluado los cuidados preoperatorios,intrapreoperatorios y postoperatorios ,de sus complicaciones y resultados de las Historias clínicas y registros de los pacientes de Cirugía Cardíaca y Torácica de los últimos 5 años.

Ha habido recopilación de datos también de entrevistas de pacientes y profesionales de la salud.

Se ha realizado análisis Descriptivos para resumir los datos recogidos durante el proceso de recogida de datos.

Recogida y valoración de datos de COCHRANE LIBRARY Plus - Biblioteca Cochrane Plus en Español;MEDLINE Y PUBMED.

4 Resultados

La Toracotomía es un procedimiento quirúrgico que requiere que se tomen medidas de cuidados adecuados para evitar complicaciones y promover la curación. Algunos de los cuidados de enfermería que se deben de tener son:

- Observación de signos vitales,los cuales se monitorearán de manera continua:frecuencia cardíaca,respiratoria,temperatura,presión arterial,saturación de oxígeno, para detectar cualquier tipo de desequilibrio postcirugía.
- Control del dolor,el cual puede ser intenso y prolongado tras cirugía.

Administrar analgesia pautada por facultativo y comprobación de ese control del dolor a través de escalas del dolor protocolizadas por la unidad.

- Cuidado de la herida ,manteniéndose limpia y seca y fijándonos en posible aparición de signos como inflamación local, enrojecimiento o secreción por parte de la herida quirúrgica.

- Prevención de Trombosis venosa profunda (TVP) por inmovilidad del paciente ,por lo que es importante la temprana movilización del enfermo y administración de anticoagulantes bajo prescripción médica.

- Fisioterapia respiratoria para prevenir complicaciones postcirugía .

El paciente debe de ser incentivado a realizar ejercicios respiratorios, contando además con la intervención de los Fisioterapeutas en la enseñanza y seguimiento de técnicas respiratorias para eliminar secreciones.

- Nutrición adecuada para promover la cicatrización y recuperación después de la cirugía.

Si el paciente tiene problemas para comer se estudiará dar diferentes suplementos proteicos con hidratos de carbono y fibra según pauta del facultativo y necesidades del enfermo.

- Apoyo emocional durante el ingreso y tras cirugía, ya que a veces dichos eventos pueden ser abrumadores para los pacientes.

Los problemas asociados a la Toracotomía pueden ser:

- El dolor es el más común tras la cirugía, ya que impide poder expandir los pulmones en la respiración dando sensación de limitación y ahogo.

Lo cual produce una inadecuada eliminación de las secreciones dando lugar a posibilitar que las mismas se infecten y produzcan Neumonías, sobre todo en los pacientes Geriátricos.

Miedo a la movilización por el mismo motivo, que producirá un aumento de las posibilidades de Trombosis venosa profunda.

Por todo esto el control analgésico adecuado del paciente es fundamental para la evolución posterior a la cirugía.

- La infección de la herida quirúrgica, la cual será curada localmente, diaria y protocolizada todos los días y así mantener una coherencia y eficacia en los cuidados de enfermería de la herida quirúrgica de la Toracotomía.

- Fuga de aire y acumulación del mismo en el espacio entre los pulmones y la pleura provocando un Neumotórax (revisión por turno de los drenajes pleurales y mediastínicos si los tuviera).

- Lesión de órganos durante la realización de la Toracotomía como el corazón, pulmones, diafragma, paquete vascular, etc.

5 Discusión-Conclusión

Resaltamos, a modo de resumen, los principales aspectos que debe tener en cuenta el personal de enfermería que atiende al paciente sometido a toracotomía: Control del dolor para que pueda realizar actividades de la vida diaria de manera normal y participar en el proceso de rehabilitación.

Prevenir complicaciones siendo proactivos en la valoración diaria de posibles signos y síntomas de infección local, infecciones respiratorias del tipo neumonía, neumotórax y TVP.

Ayudar al paciente a respirar adecuadamente y eliminar secreciones pulmonares a través de ejercicios respiratorios y fisioterapia respiratoria.

Cura de la herida quirúrgica por parte de todos los profesionales (y la familia) de la misma manera y protocolarizada a través de la formación y educación del trabajo en equipo.

Que haya un Feedback entre paciente ,familia y profesionales tanto en la educación para la salud, coordinación de cuidados ,resolución de dudas y problemas para llegar a una completa rehabilitación del paciente con las menos secuelas posibles.

Es importante que el paciente esté informado de los posibles contratiempos de la realización de la Toracotomía y realice la firma del consentimiento informado con toda la información dada de manera que el paciente entienda todo el proceso quirúrgico y su recuperación.

6 Bibliografía

-R. Hernández-Estefanía.

Las virtudes de un pionero.

Cir Cardiov, 15 (2008), pp. 211-216

-D.V. Feliciano, C.G. Bitondo, P.A. Cruse, K.L. Mattox, J.M. Burch, A.C. Beall Jr., et al.

Liberal use of emergency center thoracotomy.

-Autores: R. Jiménez Pérez, M^a Luisa Oliver Chamorro, Reyes Carrión Camacho, María Ángeles Rodríguez Pérez

Localización: Evidentia: Revista de enfermería basada en la evidencia, ISSN-e 1697-638X, Vol. 9, N°. 38, 2012

Am J Surg, 152 (1986), pp. 654-659

Medline

Capítulo 175

EL EQUIPO DE ENFERMERÍA Y EL EFECTO DE LOS MIOMAS EN MUJERES QUE NECESITAN TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

GUSTAVO MUÑOZ MARIN

MARTA MONTEALEGRE PINARDO

MERCEDES BARRILERO FERNÁNDEZ DE LA PUEBLA

SHEYLA CARRETÓN CASTILLO

CARLOS JAVIER MARTÍNEZ VELA

1 Introducción

Los miomas uterinos son los tumores pélvicos más frecuentes en la mujer, aproximadamente el 70% de las mujeres por encima de los 30 años pueden presentar esta patología. Las últimas investigaciones parecen demostrar que existe un elemento genético muy significativo en la formación y desarrollo de estos tumores, ya que hay diferencias en la incidencia y sintomatología según la etnia de la mujer (más frecuentes en mujeres de origen africano).

En la actualidad se consideran una enfermedad clonal, dado que se originan de una única célula muscular lisa que presenta características de células madre somáticas (SSC) y que mediante la influencia de distintos estímulos hormonales y genéticos conllevan un crecimiento alterado.

En cuanto a la etiología, se podría observar mediante cariotipo, que alrededor de la mitad de las células de los miomas presentan alteraciones cromosómicas. Aparte de este factor de riesgo genético, es importante tener en consideración otras situaciones en las que se dan una alta exposición prolongada a estrógenos y/o progesterona, como podría ser menarquia precoz, síndrome de ovario poliquístico, obesidad y embarazo tardío.

Los síntomas de los miomas se suelen presentar con más frecuencia en la franja de edad de 30-40 años. En la mayor parte de las mujeres, aunque con excepciones, se observa una contracción o disminución de los miomas durante el climaterio. Alrededor de la mitad de los miomas son tumores pequeños y asintomáticos. Aun así, pueden presentar una clínica de gran impacto en la salud de la mujer, esto depende de su tamaño, localización y número. A pesar de existir muchas clasificaciones a la hora de catalogar a los miomas, recientemente, la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique o FIGO ha propuesto una, describiendo 8 tipos diferentes.

El síntoma más frecuente es la metrorragia, si es abundante puede llevar a anemia con déficit de hierro. Sin embargo, el dolor es poco habitual, suele ser una molestia leve, un peso hipogástrico o dolor continuo; raramente pueden producir dolor intenso e incluso incapacitante, se da ante complicaciones como la torsión del mioma o los fenómenos degenerativos. Por otra parte, también pueden darse síntomas de compresión sobre estructuras vecinas como síndromes urinarios (polaquiuria-tenesmo, retención urinaria, o incluso hidronefrosis por compresión-obstrucción ureteral), alteraciones del hábito intestinal (principalmente estreñimiento), dificultad del retorno venoso de miembros inferiores (edemas, varices o incluso en caso de miomas interligamentarios grandes, trombosis venosas) y compresión de los plexos nerviosos sacros que producen dolores y parestesias en miembros inferiores.

Ahora bien, el síntoma que nos atañe para el presente capítulo sería el efecto de los miomas sobre la esterilidad, la revisión de la literatura actual sobre miomas y reproducción señala una tasa de concepción menor en las mujeres con miomas frente a mujeres con infertilidad inexplicada.

En líneas generales, se observa un aumento de la tasa de concepción cuando se realiza una miomectomía. A pesar de no haber estudios que concluyan estas afirmaciones sí que parece ser que los miomas submucosos o intramurales de gran tamaño podrían distorsionar la cavidad uterina y tener como consecuencia problemas para conseguir gestación por alteración con la migración espermática, el transporte ovocitario y la implantación embrionaria por la inflamación endometrial local o alteraciones vasculares endometriales, además de un aumento del

riesgo de aborto.

En cuanto al diagnóstico de esta patología, la forma habitual es mediante ecografía, la 3D puede ser útil cuando se desea determinar el impacto sobre la cavidad endometrial. La resonancia magnética nuclear, a pesar de aportar imágenes de gran definición, no ofrece ninguna ventaja real sobre la ecografía.

2 Objetivos

Dar a conocer las distintas opciones terapéuticas actuales para las mujeres que presentan miomas y que precisan técnicas de reproducción asistida.

3 Metodología

A la hora de realizar este trabajo, se ha realizado una investigación cuyo objetivo ha sido realizar una revisión bibliográfica de la literatura científica sobre el tema a tratar. La búsqueda ha consistido en consultar artículos de las principales bases de datos, seleccionando algunos textos científicos procedentes de publicaciones académicas y revistas, que son la base del presente trabajo.

4 Resultados

A la hora de orientar a las pacientes que acuden a consulta de reproducción asistida con este tipo de patología es conveniente conocer que, por lo general, los miomas asintomáticos pueden ser mantenidos sin necesidad de ninguna intervención terapéutica.

Con respecto a los miomas sintomáticos, el tratamiento principal y definitivo es la cirugía (miomectomía). Recientemente se ha venido estudiando alternativas de tratamientos menos agresivos para las pacientes estériles como son la embolización de arterias uterinas, la ablación por radiofrecuencia eléctrica y la milólisis con ultrasonidos de alta frecuencia, aunque aún no se ha podido demostrar resultados concluyentes en cuanto a seguridad y eficacia.

Las indicaciones de miomectomía para pacientes estériles serían:

- Miomas submucosos (tipo 0, 1 y 2 FIGO): Existe evidencia clara sobre su beneficio.
- Miomas intramurales (tipo 3 y 4 FIGO) que deformen y compriman cavidad endometrial: existen discrepancias entre varias revisiones publicadas, pero por lo general se recomienda en casos de mioma tipo 3-4 mayores de 5 cm.

- Miomas subserosos (tipo 5, 6 y 7 FIGO): no son candidatos a cirugía en paciente estéril.
- Miomas sintomáticos.
- Miomas asintomáticos y esterilidad inexplicada (valorando tamaño y localización).

Actualmente es posible la realización de miomectomía vía histeroscópica y laparoscópica gracias a los avances en instrumentación y técnica quirúrgica, haciendo así que se conviertan en los modelos de cirugía mínimamente invasiva junto con la miolisis por destrucción del tejido miomatoso.

Con respecto a la miolisis, las más desarrolladas son los ultrasonidos de alta frecuencia focalizados y guiados por ecografía o por resonancia magnética, la embolización de los vasos arteriales miomatosos y la ablación por radiofrecuencia ecoguiada. Todas estas técnicas se pueden utilizar para el tratamiento de los miomas, aunque cuentan con limitaciones, ya que este tipo de tratamiento debe ser rigurosamente individualizado según las características de la paciente; esto, junto con las dificultades técnicas y los resultados clínicos variables, aunque prometedores, hacen que sean necesarios más estudios para obtener buenos resultados en pacientes estériles.

En cuanto al tratamiento farmacológico es importante conocer que actualmente no existe esta posibilidad y son muy pocas las opciones médicas que ofrecen el control transitorio de la metrorragia abundante, además de la disminución del volumen del tumor que ayude a la técnica quirúrgica. Los agonistas de la GnRH ofrecen un hipoestrogenismo inducido por la supresión hipofisaria y una disminución del aporte vascular al mioma por la reducción de la vascularización uterina, consiguiendo así una disminución del 30-70% del volumen del mioma en los tres primeros meses de tratamiento. Son empleados como preparatorios de la cirugía. Por otra parte, acetato de uripristal es un fármaco que se utilizaba para el tratamiento de estos tumores, actuaba disminuyendo su tamaño y la vascularización, pero en 2017 la Agencia Europea del Medicamento alertó de graves alteraciones hepáticas en algunas pacientes que estaban con este tratamiento y en 2020 se confirmó, llevando así a la supresión actual del uso del acetato de uripristal para el tratamiento de los miomas.

5 Discusión-Conclusión

Para concluir se podría decir que no existe un tratamiento farmacológico para los miomas en las pacientes estériles.

Para las pacientes con miomas en los que el abordaje quirúrgico no es fácil por

su localización y tamaño está habiendo avances prometedores encaminados a técnicas menos invasivas cuyo objetivo es la miolisis.

En la actualidad, el tratamiento quirúrgico, miomectomía, es el más efectivo. Con este tratamiento se estima un aumento en la tasa de embarazo espontáneo en el primer año después de la técnica.

En las pacientes con problemas para concebir, se plantea la intervención quirúrgica en los miomas intramurales que deformen la cavidad, existiendo discrepancias a la hora de operar miomas tipo 4 de 4-5 cm, aunque no la deformen, y en los submucosos, ya que este tipo parecen estar relacionados con peores resultados tras las técnicas de reproducción asistida al existir una menor receptividad endometrial.

La vía endoscópica, sería la vía de primera elección en los casos seleccionados para realizar la miomectomía. Además, en los casos de miomas submucosos, se aconseja utilizar antes de la histeroscopia agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina o GnRH, ya que han demostrado que disminuyen la pérdida hemática, ayudan y acortan la intervención. El uso de esta medicación es discutido en los casos de realizarse por vía laparoscópica dado que se pierde el plano de disección y se alarga el tiempo quirúrgico, con la excepción de los casos de anemia severa donde se recomendaría con el objetivo de mejorar el estado hematológico.

6 Bibliografía

1. Mas A, Cervello I, Gil-Sanchis C, et al. Current understanding of somatic stem cells in leiomyoma formation[J]. Fertil Steril 2014;102(3):613-20.
2. Makinen N, Mehine M, Tolvanen J, et al. MED12, the mediator complex subunit 12 gene, is mutated at high frequency in uterine leiomyomas[J]. Science 2011;334(6053):252-5

Capítulo 176

CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

CORA SÁNCHEZ VALERO

DAVID MORENO BERMEJO

1 Introducción

La oxigenoterapia es una práctica habitual y de especial relevancia en el ejercicio habitual de enfermería. Es imprescindible estar actualizado con un reciclaje continuo en esta materia para poder brindar a nuestros pacientes unos cuidados de calidad.

Definimos la oxigenoterapia como la aplicación de un modo terapéutico de oxígeno en una concentración superior a la que contiene el aire ambiente (un 21%) para restablecer el valor normal de oxígeno en sangre. Está indicada en aquellos pacientes que presentan una insuficiencia respiratoria (transitoria o crónica) para intentar disminuir o revertir los efectos de la hipoxemia.

Al igual que cualquier otro medicamento, el oxígeno se debe adecuar al paciente de forma individual, con una dosis adecuada y por medio del dispositivo que mejor se adapta al paciente. Los cuidados de enfermería que deben recibir los pacientes deben ser actualizados y el personal enfermero debe conocer las peculiaridades de la patología respiratoria para poder brindar los mejores cuidados posibles.

Sin embargo, según recientes estudios se ha demostrado que todavía nos queda mucho por mejorar en el uso de oxígeno dentro del ámbito hospitalario, especialmente dentro del ámbito de la enfermería ya que tienen la responsabilidad de la aplicación óptima del mismo.

La siguiente guía pretende ser una ayuda para la mejora de la aplicación de la oxigenoterapia de alto flujo dentro del ámbito hospitalario.

2 Objetivos

- Exponer los principales cuidados que debe seguir el personal de enfermería en el paciente con oxigenoterapia de alto flujo.
- Señalar los dispositivos más utilizados para la administración de oxígeno de alto flujo en el ámbito hospitalario.

3 Metodología

Para el desarrollo de este trabajo se ha realizado una búsqueda exhaustiva de la mejor literatura científica disponible. Para ello se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de diferentes artículos y revistas científicas obtenidos de los principales buscadores: Scielo, Pubmed, y Google académico eligiendo aquellos de contenido más actualizado y más relevantes con la temática del trabajo.

4 Resultados

Para la administración de oxígeno de alto flujo es preciso aportar una oxigenación al paciente con un flujo elevado de oxígeno que debe estar combinado con aire caliente y húmedo (es decir, precisa elementos externos para calentar y humidificar el aire que va al paciente) que a través de unas cánulas o gafas nasales irán hasta la vía respiratoria del paciente. La principal diferencia con la oxigenoterapia de bajo flujo (que se compone de gafas nasales, mascarilla facial o simple y mascarilla con reservorio) es que con la oxigenoterapia de alto flujo garantizamos una fracción de oxígeno inspirada constante en cada una de las respiraciones del paciente.

El objetivo de la oxigenación con alto flujo es aumentar la saturación de oxígeno del paciente por encima de 94%, mejorar la situación clínica del paciente con insuficiencia respiratoria aguda bilateral y evitar tener que llegar a intubar al paciente.

Los dispositivos de alto flujo son: a) Mascarilla Venturi. Consiste en una mascarilla facial con dos agujeros para la exhalación del aire exhalado. Presentan válvulas de Venturi que funcionan según el principio de Bernoulli:

Cuando el oxígeno pasa por un orificio estrecho se produce una corriente de alta velocidad que arrastra una proporción prefijada de aire ambiente 1

Se ajusta a través de una goma elástica por detrás de la cabeza y cubre nariz, mentón y boca. Usada en pacientes que presentan una situación de hipoxemia moderada que precisa un nivel estable y alto de oxígeno. La respuesta ventilatoria frente a la hipoxemia está preservada.

Nos permite administrar al paciente una FiO₂ exacta entre 24% y 60% sin que se vea influido por el patrón respiratorio del propio paciente. b) Gafas nasales de alto flujo.

Son más cortas que las cánulas nasales simples para evitar la pérdida de calor ya que el aire de la oxigenoterapia de alto flujo está calentado previamente.

Son bien toleradas por el paciente y además tiene la ventaja de que permiten hablar y comer sin que se interrumpa la administración de oxígeno. c) Oxigenación hiperbárica.

Se define el oxígeno hiperbárico como oxígeno con una concentración de un cien por cien y con presiones atmosféricas de 2 a 3 veces la presión a nivel del mar. Se utiliza en las intoxicaciones respiratorias por monóxido de carbono, siendo muy efectivo. Puede usarse también para el tratamiento de otras patologías como tratamiento por quemaduras u otras heridas o embolias. d) CPAP

Consiste en una presión positiva continua en la vía aérea. La CPAP es un flujo de aire que bombea un flujo con presión a los pulmones. El aire debe estar previamente calentado y humidificado.

Utilizado generalmente en personas con apnea del sueño y en otras patologías respiratorias. e) BIPAP

La Bipap da un flujo de aire con dos diferentes niveles de presiones y con ello el paciente moviliza un mayor flujo tanto fuera como dentro de los pulmones.

Dentro de los cuidados de enfermería para este tipo de pacientes encontramos:

- Vigilancia del correcto funcionamiento del equipo, evitando y detectando posibles fugas o acodamientos.

- Vigilar y monitorizar la saturación de oxígeno en sangre.

- Vigilar los parámetros correctos de los dispositivos. Comprobar que el volumen pautado y el administrado es el mismo al menos una vez por turno.

- Control de constantes vitales: Aparición de fiebre, vigilancia de TA.

5 Discusión-Conclusión

El personal de enfermería debe conocer y poner hincapié en actualizarse sobre los diferentes dispositivos respiratorios de alto flujo de los que se disponen para así poder ofrecer a sus pacientes unos cuidados óptimos. El personal de enfermería debe vigilar la administración de oxígeno al paciente, y por ello se debe revisar al menos en cada turno de trabajo el tipo de dispositivo respiratorio utilizado por el paciente, el tratamiento médico pautado en ese momento por si hubiera algún tipo de cambio y el flujo respiratorio para comprobar que todo esté correcto. Es de vital importancia valorar el estado respiratorio del paciente para poder adaptar el flujo respiratorio según evolucione, disminuyendo este último a medida que el paciente mejore hasta poder bajar de forma progresiva a dispositivos de bajo flujo y finalmente poder retirar el oxígeno para evitar las complicaciones que pueden aparecer como resultado de una sobredosificación de oxígeno.

6 Bibliografía

1. De la Horra Gutiérrez I. ENFERMERÍA CLÍNICA I [Internet]. 1st ed. Cantabria. Unican.es. [consultado 12 oct 2023]. Disponible en: <https://ocw.unican.es/pluginfile.php/674/course/section/330/Apuntes%2520de%2520Oxigenoterapia.pdf>
2. Fuentes F. Oxigenoterapia: una práctica vital para enfermería [Internet]. 1 st ed. Oceano Medicina; 2023 [consultado 12 oct 2023]. Disponible en: <https://es.oceanomedicina.com/nota/enfermeria-es/oxigenoterapia-una-practica-vital-para-enfermeria/>
3. Osorio San Millán P. Las funciones del personal de Enfermería en la oxigenoterapia y características del proceso y diferentes modos de administración [Internet]. Vol. V. 1 st ed. Ocronos R. 2022 [actualizado 28 Ene 2022. Consultado 12 Oct 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/oxigenoterapia-caracteristicas-modos-administracion/>

Capítulo 177

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA FAMILIAR EN ATENCIÓN PRIMARIA

ENRIQUE PALOMO DE GUZMAN

NURIA GIL PEÑA

RAQUEL RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

PIEDAD DE LOS REYES

VERÓNICA CRESPO GINES

1 Introducción

En la salud de las personas, el grupo social que más influye es la familia y es una de las instituciones sociales más antigua y más fuerte Enfermeriaaps, (2013). Uno de los papeles más importantes en la enfermería es el cuidado de todos los integrantes de la unidad familiar.

En 1974 la reunión del Comité de Expertos en Enfermería de la O.M.S. formularon la siguiente declaración:

”Los servicios de enfermería orientados a la salud de la familia se basan en la concepción de ésta como unidad y tienen por objeto atender las necesidades y preocupaciones de la familia en materia de salud, animándola a utilizar sus propios recursos, humanos y materiales, y señalando la manera óptima de utilizar los servicios de salud disponibles”.

Por ello es importante que la enfermería comunitaria tenga presente la teoría del autocuidado de Dorothea Orem en la ”teoría general de la enfermería”. Para llevar

a cabo este proceso tendremos que recabar una importante cantidad de datos relevantes y tendrá que ser de manera ordenada para facilitar el análisis posterior. Para ello lo realizaremos mediante los patrones funcionales de M. Gordon, que son los patrones funcionales de la salud. Se dividen en once patrones que son:

1. Percepción-manejo de salud.
2. Nutricional - metabólico.
3. Eliminación.
4. Actividad - ejercicio.
5. Sueño - descanso.
6. Cognitivo - perceptivo.
7. Auto percepción - autoconcepto.
8. Rol - Relaciones.
9. Sexualidad - Reproducción.
10. Adaptación - Tolerancia al estrés.
11. Valores y creencias.

2 Objetivos

Identificar los problemas de cuidados por patrones funcionales de la salud presentes en la familia y luego uno por uno en la unidad familiar.

3 Caso clínico

Elena es una paciente de 42 años de edad, recientemente separada que convive con su padre, Feliciano de 72 años de edad y con sus dos hijas: Laura y Celia de 4 y 14 años respectivamente.

Conviven en el piso de Feliciano en una zona centro de Madrid, sin demasiados lujos, puesto que actualmente Elena se encuentra en el paro y cuentan por tanto solamente con la pequeña pensión no contributiva de Feliciano.

Nos llaman por teléfono para concertar una cita de visita a domicilio, debido a que una desafortunada caída ha provocado una herida en la pierna de Feliciano, que le impide desplazarse hasta el centro.

En la visita al domicilio hemos observado que poseen una estufa de gas y un brasero eléctrico para administrar calor a la vivienda. Las niñas duermen en una habitación que comparten, Elena duerme en el salón y Feliciano en una pequeña cama de la habitación de invitados.

En general la vivienda se encuentra limpia y ordenada, Elena comenta: “Desde que estoy en el paro me sobra tiempo para limpiar, es para lo único que valgo

en esta sociedad, aquí en España no tienen en cuenta ni tu curriculum, ni tus ganas de trabajar, solamente la edad y un físico agradable. Espero que la sociedad cambie para cuando mis hijas sean mayores”.

Hablamos más tarde con Feliciano, es un paciente crónico del centro de salud, dentro de su historia clínica observamos como antecedentes personales relevantes que cursa DM tipo II diagnosticada hace 2 años que posee un buen control con Antidiabéticos orales. Debido a su última analítica realizada hace un mes se observa alteraciones con el hierro y colesterol, por lo que el médico le ha pautado un nuevo tratamiento que junto con el que ya tenía de diabetes, HTA y para dormir le cuesta mucho aclararse y cree que no se lo está administrando correctamente.

Laura y Celia se encuentran en el salón comiendo una pizza, que siempre les encanta. Le preguntamos a su madre que tipo de dieta suele tener la familia ya que se observa un claro sobrepeso a Celia, a lo que nos responde Elena “...lo poco que puedo llevar a casa.”.

Al valorar la herida de la pierna de Feliciano se observa una herida profunda, con características típicas de úlcera vascular infectada, se le realiza la valoración de pulsos, grado de ulceración y se le aplica el tratamiento.

- Principales problemas de cuidados presentes en toda la familia:

1. Percepción de la salud: Seguridad e higiene de la vivienda (Tienen en la vivienda una estufa de gas un brasero eléctrico para calentar la casa). También la intimidad por parte de las hijas de Elena, ya que una hija tiene 14 años y comparten habitación.

2. Nutricional metabólico: Se observa en el domicilio que por parte de todos los integrantes de la familia hay una mala alimentación.

8. Rol-Relaciones: por la nueva situación familiar y por los recursos económicos en la unidad familiar.

- Principales problemas de cuidados presentes en Feliciano:

2. Nutricional-metabólico: lesión cutánea en miembro inferior ya que es el motivo de la visita al domicilio. Presenta características típicas de úlcera vascular infectada con alteración de la circulación vascular. Buscaremos también presencia de alteraciones de la piel como edemas, hidratación, fragilidad de uñas y pelo... Feliciano presenta hipercolesterolemia por lo que consultaremos el consumo de alimentos diarios, el horario, sus preferencias, intolerancia a algún alimento, alergias, etc....

6. Cognitivo-perceptivo: manifiesta dolor en la úlcera vascular infectada.

1. Percepción de la salud: paciente polimedicado manifestando que le cuesta mucho aclararse con la medicación. Tiene enfermedades previas: Diabetes tipo II,

FA, hipercolesterolemia y alteración del hierro. Tampoco acude a actividades de promoción.

4. Actividad- ejercicio: Ha sufrido una caída con lesión en miembro inferior (valoraremos el tipo de caída mediante escalas y posterior prevención). Actualmente incapacitado para la actividad habitual.

5. Sueño-descanso: Toma medio Orfidal® 15 min antes de irse a dormir. Valorar este patrón alterado, porque el motivo que duerma mal puede ser que sea debido a la cama pequeña y así pueda dejar de tomar Orfidal® (puede ser que el fármaco haya tenido efecto en su caída).

- Principales problemas de cuidados presentes en Elena:

7. Auto percepción- autoconcepto: Se encuentra cansada, desesperada y desanimada porque no encuentra trabajo diciendo que la sociedad solo tiene en cuenta una cara bonita. Se puede observar problemas de autoestima verbalizando frases de inutilidad como: para lo único que sirve es para limpiar. Se acaba de separar.

10. Adaptación-Tolerancia al estrés: presenta signos de estrés y de depresión debido a la separación, al desempleo y a la situación familiar que presenta actualmente. No presenta actualmente estrategias para el afrontamiento.

5. Sueño-descanso: duerme en el sofá. No manifiesta nada relacionado con el sueño, pero la calidad de sueño y la percepción de la energía no es la normal.

8. Rol-relaciones: es la cuidadora principal de Antonio y de sus dos hijas (Laura y Celia). Manifiesta que hace lo que puede en cuanto al cuidado de sus hijas.

- Principales problemas de cuidados presentes en Celia:

2. Nutricional-metabólico: malos hábitos alimentarios manifestados por observación de ver a Celia y Laura merendando pizza y valoramos a simple vista un claro sobrepeso en Celia.

En estos problemas que hemos podido sacar del caso, algunos de ellos los tendremos que abordar con otros profesionales como son el médico, psicólogo y un trabajador social.

Identificando los problemas de cuidados presentes en los miembros de la familia: Feliciano, Elena, Laura y Celia, mediante diagnósticos NANDA Internacional, enumeraremos los diagnósticos clínicos de origen etiológico.

Feliciano:

- Deterioro de la ambulación r/c Deterioro musculoesquelético (herida) m/p deterioro de la habilidad para caminar la distancia requerida.

- Deterioro de la integridad cutánea r/c lesión provocada por caída m/p alteración de la integridad de la piel.

- Riesgo de infección r/c herida.

- Riesgo de intoxicación r/c grandes cantidades de medicamentos.

- Riesgo de caídas r/c deterioro de la movilidad física.

Laura y Celia:

- Riesgo de desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades r/c Patrones alimentarios disfuncionales.
- (Celia) Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades r/c patrón de alimentación disfuncional.
- Sobrepeso r/c Económicamente desfavorecidos m/p índice de masa corporal (IMC) > percentil 85 para la edad y género o 25 kg/m² pero < percentil 95 o 30 kg/m².

Elena:

- Baja autoestima situacional r/c cambio en el rol social m/p subestima su habilidad para gestionar la situación.

Familia (general):

- Deterioro del mantenimiento del hogar r/c organización familiar insuficiente m/p desorden en la familia.

La familia se reorganizará y volverá a adquirir sus funciones y roles para poder hacer frente a sus necesidades en un plazo máximo de un mes, las NIC utilizadas serán:

- Asistencia en el mantenimiento del hogar.
- Protección contra las infecciones.
- Enseñanza: cuidados de la herida.
- Cuidados de la piel: tratamiento tópico.
- Manejo de la medicación.
- Aumentar los sistemas de apoyo.
- Asistencia para los recursos financieros.
- Potenciación de roles.
- Apoyo a la familia.
- Vigilancia.

4 Discusión-Conclusión

Es importante destacar que las taxonomías NANDA, NIC y NOC estandarizan los planes de cuidados, pero no por ello los individualiza a cada paciente. Para ello, tendremos que acudir a protocolos, guías clínicas y artículos científicos para poder establecer un plan de cuidados adaptado a cada situación familiar.

En este caso clínico es importante ordenar bien los datos obtenidos en la anamnesis de conjunto global de la familia para poder brindar unos cuidados de calidad y de manera holística. Mediante los patrones de M. Gordon podremos identificar

las necesidades de cada persona dentro del proceso de salud- enfermedad y atención desde un plano social, cultural, espiritual, económico y biológico para poder realizar unos cuidados de calidad y de manera holística a nuestros pacientes.

5 Bibliografía

1. enfermeriaaps (2013) Cuidados de enfermería a la unidad familiar , enfermeri-aaps. Available at: <https://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2013/02/Cuidados-de-enfermer%23U00eda-a-la-unidad-familiar.pdf> (Accessed: 18 October 2023).
2. NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classifications 2015-2017; Herdman T.H. (ED). Recuperado de: <http://www.nnnconsult.com.ezproxy.nebrija.es/nanda/nec>.
3. Martínez-López, M. A., Pérez-Constantino, M., & Montelongo-Meneses, P. P. (2014). Proceso de Atención de Enfermería a una lactante con neumonía basado en patrones funcionales de Marjory Gordon. *Enfermería universitaria*, 11(1), 36-43.

Capítulo 178

ABORDAJE DE LA PÉRDIDA PERINATAL EN ENFERMERÍA

MARÍA GONZÁLEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud u OMS , la muerte perinatal es aquella que se produce desde la semana 22 de gestación hasta los primeros siete días de vida. Este tipo de muerte, que tiene lugar durante el embarazo, el parto o en los primeros días del postparto, supone una experiencia desgarradora para madres y padres, pues se trata de una pérdida contra natura, en la que vida y la muerte van juntas.

Cuando una muerte perinatal tiene lugar, la base familiar se desestructura y se desencadena el proceso de duelo. Las expectativas que tenían los padres para su hijo/a se desvanecen y nace un dolor, que aumenta ante la incertidumbre y soledad del proceso.

A todo ello, se une la existencia de una frialdad y una falta de sensibilidad en el trato de algunos profesionales, debida en parte al hecho de que, hasta hace pocos años, la muerte perinatal estaba infravalorada y, su consiguiente duelo olvidado. Existe una falta de formación específica de los profesionales ante la muerte perinatal y ante el abordaje de la pérdida en la familia para que ésta pueda elaborar un duelo saludable . Por ello, la pérdida perinatal supone un reto para las enfermeras y el equipo sanitario, ya que no solo deben prestar cuidados integrales a la familia sino también cuidados psicológicos y emocionales, que permitan llevar, de la mejor forma posible, el proceso de duelo en los progenitores.

2 Objetivos

Objetivo principal: desarrollar el abordaje de la pérdida perinatal en la enfermería.

Objetivos secundarios:

- Conocer las generalidades de la pérdida perinatal.
- Identificar las herramientas y procedimientos enfermeros, a nivel hospitalario, ante una pérdida perinatal.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se llevo a cabo una búsqueda bibliográfica de libros y páginas web de sociedades científicas y de organismos y entidades oficiales (OMS, Umamanita, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia...) .También se ha realizado una consulta de artículos científicos en las principales bases de datos: Pubmed, LILACS, Scielo y Dialnet.

4 Resultados

El periodo perinatal se encuentra definido por diferentes variables, que incluyen la edad gestacional, el peso y la talla del recién nacido. Sin embargo, es la edad gestacional la medida escogida para establecer dicho periodo. La edad gestacional se corresponde, según la OMS, con el tiempo transcurrido desde el inicio del último periodo menstrual normal hasta el día de parto, expresado en días o semanas completas. Asimismo, la OMS define el periodo perinatal como aquel que abarca desde la semana 22 de gestación (154 días) hasta el séptimo día de vida del recién nacido.

Aunque hasta hace unos pocos años, el punto de inicio de dicho periodo se establecía en la semana 28, se reconoció la posible viabilidad del recién nacido prematuro a partir de la semana 22, reconociéndose dicha semana como el principio del nuevo periodo perinatal contemporáneo. Pese a esta definición, hay autores que incluyen dentro de la pérdida perinatal el aborto, el embarazo ectópico, la muerte intrauterina, la muerte de un gemelo durante la gestación, etc. Para algunos autores, la pérdida perinatal está conceptualizada como aquellas pérdidas que tienen lugar en cualquier momento del embarazo hasta el primer mes de vida del recién nacido.

La muerte prematura de un hijo supone una ruptura con la lógica de la vida, donde se espera el fallecimiento previo de los padres antes que el de los hijos.

Esta nueva idea sobre la muerte supone una experiencia de angustia, incertidumbre, tristeza y desesperanza para los padres que sufren un proceso complejo y traumático. Este es considerado como una de las experiencias de estrés emocional más intensas que puede vivir una persona a lo largo de la vida, con sus consiguientes implicaciones en el rol social, la vida en pareja y los vínculos sociales próximos.

Distinguimos diferentes acepciones respecto al concepto de duelo, pero desde una perspectiva amplia, este se define como un proceso de adaptación, simbólica o física, ante la pérdida de algo vinculado al individuo (ilusiones, personas, proyectos, objetos...), que incluye tanto las consecuencias directas de dicha pérdida como las acciones realizadas para manejarlas. Se trata de una experiencia única y personal, con un principio y final, que cada persona afrontará en función de sus circunstancias, estilo y recursos, pero que genera una serie de consecuencias negativas que pueden influir en su salud y bienestar.

De los diferentes tipos de duelo, el perinatal presenta una serie de características que lo diferencian de otros: la cercanía entre la vida y la muerte, la temprana experiencia de los padres ante una pérdida y lo inesperado del suceso. Pese a que los padres experimentan las mismas vivencias que en otros tipos de duelo, como sentimientos de vacío, culpabilidad, irritabilidad, apatía o incredulidad, en la pérdida perinatal experimentan un dolor especialmente grave, de larga duración y complicado, junto con otros síntomas que varían en intensidad y duración.

Pese al dolor y sufrimiento que padecen, los padres normalmente tienen que vivir un duelo desautorizado, es decir, deben experimentar el dolor de una pérdida no reconocida, valorada ni expresada socialmente. Este tipo de duelo se produce cuando la relación se deslegitima, el proceso de muerte genera vergüenza o disgusto y los afectados temen el rechazo social. Asimismo, en este tipo de duelo, los padres no suelen recibir apoyo suficiente de su entorno, tanto social como familiar, lo que implica una falta de escucha y apoyo que, junto con la falta de empatía, de comprensión y desautorización, suponen otra pérdida secundaria. Por tanto, se trata de un tipo de duelo envuelto en un ambiente de soledad, ya que, actualmente, es un tema tabú, que presenta un déficit de apoyo dentro de la familia y la sociedad, e incluso, dentro del ámbito sanitario.

Sin embargo, la muerte perinatal no es un hecho inusual en nuestra profesión. De hecho, y pese a que desde el siglo XIX las mujeres y estudios han ido evidenciado poco a poco las experiencias, consecuencias e incidencias clínicas de la pérdida, durante los últimos años ha aumentado el interés por las pérdidas durante el embarazo, como respuesta a ciertos cambios en las condiciones sociales, la actitud abierta respecto a la relación muerte y duelo, y la necesidad de debatir las crisis

personales.

Por ello, durante el proceso de muerte y duelo perinatal, los profesionales sanitarios tienen un papel esencial ya que proporcionan disponibilidad, apoyo emocional y dan respuesta a las demandas físicas, emocionales, psicosociales y espirituales, tanto al recién nacido fallecido como a su familia, creando un entorno favorable y humanizando los cuidados. No obstante, hay que tener en cuenta que la intervención psicológica hospitalaria ante la muerte perinatal es escasa y solo se suelen dar “primeros auxilios psicológicos”, que no hacen desaparecer el dolor pero que sí facilitan el inicio del duelo.

Acompañar y cuidar a unos padres que han sufrido la muerte prematura de un hijo no es tarea fácil, pues requiere de una formación específica sobre el duelo perinatal y las habilidades de comunicación y asistenciales que faciliten el proceso. Esta formación es esencial pues será la base que permitirá a los profesionales de salud, dar el soporte y cuidado a la familia que sufre la pérdida de un hijo.

Por ello, y ante la falta de un proyecto formativo institucionalizado para formar a los profesionales sobre este tema, éstos desarrollan una serie de métodos y/o estrategias de aprendizaje para cumplir con su cometido: utilizar su experiencia profesional o la de sus compañeros, basarse en sus experiencias personales, iniciar un proceso de formación autodidacta, realizar una formación en cursos que están al margen de la preparación académica oficial o, ante una falta total de formación, recurrir a la empatía, capacidad creativa o a las emociones. Por ello, es importante facilitar herramientas y una formación continuada, que permitan el abordaje del duelo y destrezas para dar un apoyo humano a los familiares, pues la limitación de conocimientos respecto al impacto físico, emocional y social que supone la pérdida perinatal, junto con su incomodidad hacia el duelo y su tratamiento, con frecuencia influyen los cuidados que se prestan.

Además es importante tener en cuenta que el papel de la enfermería en el duelo perinatal es muy relevante, ya que acompaña a la familia desde el ingreso hasta el alta, convirtiéndose en el profesional que más cerca vivirá el proceso. Según algunos autores, el papel de la enfermería se basa en dar un cuidado significativo a la familia, fundamentado en valores de respeto, participación y compasión, y en aprender a estar, escuchar, comprender y honrar el dolor experimentado ante una pérdida perinatal. Además, la experiencia reafirma que el cuidado enfermero va más allá de los recursos científicos tecnológicos, ya que busca entender el significado de la pérdida en la vida del que la sufre, evitando juicios, y concentrándose en la persona a la se cuida, logrando anticiparse a sus necesidades y creando un compromiso entre el que cuida y el que es cuidado, basado en el bienestar de la

persona.

Por ello, y dado que las enfermeras participan en la elaboración de protocolos frente a la atención de los pacientes, éstas han de actualizar su formación académica para que, junto con el aliciente de las instituciones por dar una atención general y humanizada, la experiencia de muerte y la propia hospitalización puedan vivirse de una forma más sensibilizada, personal, empática, natural y cercana a la cultura o significado y sentido de la muerte para los progenitores.

5 Discusión-Conclusión

- La muerte perinatal es poco frecuente aunque supone un impacto importante en los progenitores debido a lo doloroso y traumático del proceso, junto con la falta de visibilización y deslegitimación a nivel social, legal y sanitario.
- El duelo perinatal es un proceso personal y único, constituido por una serie de vivencias que experimentan los padres tras la pérdida de un hijo/a para la aceptación, adaptación y afrontamiento de esta.
- Los profesionales sanitarios presentan ciertas carencias en el manejo de la pérdida perinatal, basadas principalmente en una falta de formación, que dificulta el manejo y prestación de cuidados.
- La enfermera representa la figura principal de atención y cuidado durante la pérdida perinatal, dada su cercanía con el paciente y la familia, sus capacidades de adaptación y atención de situaciones complicadas y su muestra de empatía, respeto y acompañamiento a lo largo del proceso.

6 Bibliografía

1. Martos-López IM, Sánchez-Guisado M del M, Guedes-Arbelo C. Duelo por muerte perinatal, un duelo desautorizado. Rev Esp Comun Salud. 2016;7 (2): 300-309. DOI: 10.20318/recs.2016.3454.
2. World Health Organization. Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates. Suiza: WHO; 2006. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43444>.
3. Cassidy PR, Blasco C, Contreras M, Llavore M, Cassidy J, Quintana-Pantaleón R, et al. Atención al parto en casos de muerte intrauterina en el segundo y tercer trimestre: Aspectos psicosociales y clínicos de la atención hospitalaria. Rev MDP [Internet]. 2018 [citado en octubre de 2023]; 4(mayo-junio): 41-57. Disponible en: <https://www.umamanita.es/wpcontent/uploads/2018/06/Muerte-y-Duelo-Perinatal-Numero-4.pdf>.

4. Kokou-Kpolou K, Megalakaki O, Nieuviarts N. Persistent depressive and grief symptoms for up to 10 years following perinatal loss: Involvement of negative cognitions. *J Affect Disord.* 2018; 241 (Agosto): 360-366. DOI:10.1016/j.jad.2018.08.063.
5. Martínez CS. El profesional de Enfermería ante el duelo por muerte perinatal. *Enferm Inv.* 2018; 3 (1): 10-15. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6538725>.
6. Camacho M, Fernández C, Jiménez FR, Granero J, Fernández IM, Martínez L, et al. Experience of parents who have suffered a perinatal death in two Spanish hospitals: A qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2019;19 (512). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6923983/>.
7. Aguado AC, Navarro M, Martínez L, Peñalva E, Ballarín A, Sanz N. Intervenciones de Enfermería ante la pérdida perinatal en una unidad neonatal. *Rev Sanit Investig [Internet].* 2021 [citado en octubre de 2023]; 2 (7). Disponible en: <https://www.revistasanitariadeinvestigacion.com/intervenciones-de-enfermeria-ante-la-perdida-perinatal-en-una-unidad-neonatal/>.
8. Espinilla B, Tomé E, Sadornil ME, Albillos L. Muerte fetal anteparto y duelo. En: *Manual de obstetricia para matronas.* Valladolid: Difacil; 2016. p. 245-251.
9. Paez ML, Arteaga LF. Duelo Por Muerte Perinatal. Necesidad de una atención diferencial e integral. *Arch Med (Manizales).* 2019; 32-45. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-998829>.
10. Hernández JM, Sánchez FC, Echevarría P. Alumbrando la muerte. *Profesionales de la vida gestionando el duelo.* 2017. *Rev Int Sociol [Internet].* 2017 [citado en octubre de 2023]; 75 (3). DOI: 10.3989/ris.2017.75.3.15.189.
11. Noguera NY, Pérez C. La situación de Enfermería: “un milagro de vida” en la aplicación integral del concepto de duelo. *Av Enferm.* 2014; 32 (2): 306-313. DOI: 10.15446/av.enferm.v32n2.46245.
12. Cassidy PR. Estadísticas y tasas de la mortalidad intrauterina, neonatal y perinatal en España. *Rev MDP [Internet].* 2018 [citado en octubre 2023]; 4 (mayo-junio): 23-34. Disponible en: <https://www.umamanita.es/wpcontent/uploads/2018/06/Muerte-y-Duelo-Perinatal-Numero-4.pdf>.
13. World Health Organization. Regional Office for Europe. Definitions and indicators in Family Planning Maternal & Child Health and Reproductive Health used in the WHO Regional Office for Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 2000. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108284>.
14. Pastor Montero SM. Abordaje de la pérdida perinatal. Un enfoque desde la investigación acción participativa [Tesis]. Alicante: Universidad de Alicante, De-

partamento de Enfermería; 2016. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/5455>.

15. Martínez P, González L. Acompañamiento de la matrona durante el duelo perinatal. En: Manual actualizado para matronas. Embarazo, parto, puerperio, lactancia y terapias alternativas. 2ª ed. Madrid: Formación Alcalá RCA; 2020. p. 315-321.

16. Toro JI, Mesa L, Quintero JF. Prácticas de atención a la familia en duelo ante la muerte del neonato en la unidad de cuidado intensivo neonatal. Rev Méd UIS. 2017; 30 (3): 89-100. DOI: 10.18273/revmed.v30n3-2017010.

17. López AP. Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio. Rev Asoc Esp Neuropsiq [Internet]. 2011 [citado octubre 2023]; 31 (109): 53-70. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352011000100005.

18. Cassidy J. Guía para La Atención a la Muerte Perinatal y Neonatal. Umamanita [Internet]. 2015, [citado en octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.umamanita.es/guia-de-atención-a-la-muerte-perinatal-yneonatal/>.

19. Cassaday TM. Impact of Pregnancy Loss on Psychological Functioning and Grief Outcomes. Obstet Gynecol Clin North Am [Internet]. 2018 [citado en octubre de 2023] ; 45 (3): 525- 533. DOI: 10.1016/j.ogc.2018.04.004.

20. Hernández L. Vivencia del cuidado de Enfermería en un proceso de duelo. Cult los Cuid [Intenet]. 2019[citado en octubre de 2023]; 23 (54): 59-66. DOI: 10.14198/cuid.2019.54.07

Capítulo 179

LA VÍA SUBCUTÁNEA, UNA OPCIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS

MARÍA GONZÁLEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

En los últimos años, el número de pacientes que precisan cuidados paliativos ha aumentado, como resultado del envejecimiento de la población, el aumento de enfermos crónico-degenerativos y el aumento de la esperanza de vida. Estos cuidados tienen como objetivo proporcionar confort y soporte, tanto a los pacientes como a sus familias, de tal forma que el paciente tenga su dolor y síntomas controlados y disponga de un óptimo entorno familiar durante las fases finales de su vida.

El control de síntomas en el paciente paliativo se consigue a través de la farmacología y el apoyo emocional. La vía de elección para la administración de fármacos y líquidos, y con ello, realizar un control de los síntomas, es la vía oral. Sin embargo, ciertas circunstancias (imposibilidad de deglutir, náuseas y vómitos persistentes, intolerancia gástrica, agonía, necesidad de dosis más altas de fármaco...) pueden impedir su uso, siendo necesario buscar otras vías alternativas que se adapten a la situación del paciente y de las características del fármaco. Las vías alternativas a la vía oral pueden ser:

- Vía intravenosa: recomendada para el control del dolor inicial en pacientes con cuidados paliativos, requiere ser sustituida a las 24 horas por la vía oral o subcutánea.
- Vía rectal: adecuada ante problemas de disfagia o de absorción. Sin embargo, y pese a su bajo coste, existen pocos fármacos que se puedan emplear en dicha vía y, además su absorción es poco predecible.

- Vía intramuscular: se trata de una vía muy dolorosa y, además, en ocasiones no existe suficiente masa muscular para su uso.
 - Vía sublingual: útil para ciertos medicamentos como el Lorazepam, pero, al igual que ocurre con la vía rectal, no existen muchos fármacos que se puedan administrar por esta vía.
 - Vía transdérmica: es una alternativa a la vía oral e intravenosa pero su retraso de 12-24 horas para alcanzar la situación de estado estacionado, dificulta el control del dolor durante las primeras 72 horas en pacientes con cuidados paliativos. Se recomienda para el control del dolor estable con dosis bajas-medias de opioides. Dentro de estas vías alternativas, se encuentra la vía subcutánea. Dicha vía supone una alternativa a las vías oral, intravenosa o intramuscular, cuando el empleo de estas no resulta apropiado. Asimismo, resulta tan efectiva como la intravenosa, con la ventaja de ser menos invasiva y dolorosa, por lo que en muchos casos se trata de la vía de elección para el control del dolor. Además, constituye una opción rentable, segura y sencilla para el paciente, concediéndole un mayor confort y una mejor calidad de vida.
- Por todo ello, la vía subcutánea es la principal vía alternativa a la vía oral, constituyéndose junto a esta última, las principales vías de administración utilizadas en los cuidados paliativos.

2 Objetivos

Objetivo principal: Conocer las generalidades de la vía subcutánea.

Objetivo secundario: Desarrollar la utilidad de la vía subcutánea en los cuidados paliativos.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado una búsqueda de aquellos artículos científicos y páginas web oficiales que pudiesen abordar de forma rigurosa y verídica el tema abordado. Asimismo, la información recogida en el artículo se ha obtenido realizando búsquedas en algunas de las principales bases de datos como Pubmed o Scielo.

4 Resultados

La vía oral es la vía de elección en los pacientes en situación terminal dada su sencillez, comodidad, eficacia y seguridad. No obstante, existen ciertas circunstancias que imposibilitan la utilización de esta vía, siendo necesario buscar alternativas. Entre las distintas alternativas existentes, la vía subcutánea constituye la mejor opción, dada su eficacia en el 80% de los casos. Asimismo, dicha vía favorece el control de síntomas, mejora la calidad de vida del paciente al dotarle de cierta autonomía y, además, es de gran utilidad cuando el paciente se encuentra deshidratado y/o en fase agónica.

La vía subcutánea parece ser la gran desconocida, dado que su uso se ha asociado, principalmente, a la administración de heparina, insulina y vacunas. No obstante, con la incorporación del cuidado del paciente terminal, las utilidades de esta vía se han ampliado considerablemente.

La vía subcutánea es una vía de administración segura, eficaz, que no requiere cuidados muy específicos y que puede utilizarse a nivel domiciliario y en cualquier servicio hospitalario. Posee una biodisponibilidad del 90% y cuenta con un número reducido de contraindicaciones. Asimismo, esta vía permite la administración de distintos tipos de medicación, a través de bolos o de infusión continua, permitiendo el control de más de un síntoma.

Se trata de una vía que favorece la administración de fármacos, ya que se extiende por toda la superficie del cuerpo y no presenta una limitación de acceso. Está muy irrigada, dada su capacidad de distensión, proporcionada por el tejido conectivo, y presenta la capacidad de recobrar su estado natural tras la reabsorción del volumen de líquido administrado. Asimismo, no presenta barreras de absorción, dado que la medicación entra directamente en el torrente sanguíneo a través de los capilares.

También, se trata de una vía de administración muy presente en los cuidados paliativos, estando indicada en los siguientes casos:

- Imposibilidad de uso de la vía oral;
- Necesidad de que el fármaco se absorba lenta y constantemente;
- Náuseas y vómitos incontrolados;
- Pacientes poco cumplidores;
- Síntomas no controlados por otras vías;
- Mantenimiento de cierta movilidad del paciente;
- Disfagia o incapacidad para deglutir;
- Oclusión intestinal;
- Administración de fármacos en centros no hospitalarios o domicilio;

- Conseguir mejor control de síntomas en el paciente con dolor, disnea o delirium;
- Convulsiones;
- Deficiente control de síntomas con la medicación oral;
- Sedación, agonía, coma, confusión o alteración del nivel de consciencia.

Asimismo, la vía subcutánea presenta ciertas contraindicaciones a nivel de cuidados paliativos. Las más importantes son:

- Infecciones de la piel o en la zona de punción;
- Coagulopatías;
- Estados de shock;
- Mala adaptación del paciente;
- Claudicación familiar;
- Situación social no adecuada al tratamiento domiciliario;
- Anasarca.

Pese a que dichas contraindicaciones deben tenerse en cuenta en la práctica asistencial, se presentan muy infrecuentemente, por lo que rara vez existe una contraindicación absoluta para el uso de la vía subcutánea.

5 Discusión-Conclusión

- En cuidados paliativos, cuando no es posible la utilización de la vía oral, la mejor alternativa para el control de síntomas y el dolor es la vía subcutánea.
- La vía subcutánea es una vía de administración eficaz, sencilla, segura, menos invasiva y dolorosa y de bajo coste. Mejora la calidad de vida del paciente, fomenta su autonomía y proporciona un mayor confort. Puede utilizarse a nivel domiciliario y a nivel hospitalario.
- A nivel de cuidados paliativos, presenta numerosas ventajas entre las que destaca: un manejo sencillo, mayor participación del paciente y la familia en el cuidado, posibilidad de administrar distintos fármacos al mismo tiempo, dotación de autonomía al paciente y gran eficacia. Respecto a los inconvenientes, se basan en reacciones adversas, locales o factores externos, en la gran mayoría de casos, ajenos al paciente.

6 Bibliografía

1. Bautista V., Salinas J. La vía subcutánea opción para el paciente terminal cuando se pierde la vía oral. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2009 [citado en octubre de 2023]; 17 (3): 149-152. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/07bc/9cdabaf37aebbf3fce7f7e05c0b8a1bc0fc9.pdf>.

2. Gallardo R., Gamboa F. Uso de la vía subcutánea en cuidados paliativos [Internet]. Madrid: SECPAL: Sociedad Española de Cuidados Paliativos; 2013 [citado en octubre de 2023]. Disponible en: http://www.secpal.com//Documentos/Blog/monografia_secpal_04.pdf.
3. Romero FJ. La vía subcutánea domiciliaria como sustento de la calidad de vida en los cuidados paliativos. *Rev.enferm.CyL* [Internet]. 2016 [citado en octubre de 2023]; 8 (1): 55-60. Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/171/145>.
4. Vázquez A., Rivera MG., Hernández C., Maestro FJ. El uso de la vía subcutánea en la práctica clínica de la Atención Primaria. *Cad Aten Primaria* [Internet]. 2010 [citado en octubre de 2023]; 17: 108-111. Disponible en: https://www.agamfec.com/antiga2013/pdf/CADERNOS/VOL17/vol_2/Para_saber_de_02_vol17_n2.pdf.
5. Yáñez V. Manejo de la vía subcutánea en cuidados paliativos. *Metas Enferm* [Internet]. 2015[citado en octubre de 2023]; 18 (8): 49-53. Disponible en: <file:///D:/user/Downloads/metast188.pdf>.
6. Aguilera C., Camacho T., Cía R., Fernández A., Garrido J., Mena JR., et al. Manual de uso de la VOA SUBCUT NEA en cuidados paliativos [Internet]. Málaga: Fundación Iavante; 2010. [citado en octubre de 2023]. Disponible en: https://www.redpal.es/wp-content/uploads/2018/12/Manual-Vi%CC%81a-SubCuta%CC%81nea_definitivo.pdf.

Capítulo 180

INTERVENCIÓN ENFERMERA PARA EL MANEJO Y CONTROL DE LA ANSIEDAD EN EL PREOPERATORIO INMEDIATO.

NURIA GIL PEÑA

ENRIQUE PALOMO DE GUZMAN

RAQUEL RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

PIEDAD DE LOS REYES

VERÓNICA CRESPO GINES

1 Introducción

El término ansiedad se define como un estado en el cual, el individuo experimenta un sentimiento de incomodidad que frecuentemente es inespecífico o desconocido para él; por otro lado también se puede definir como una reacción compleja frente a situaciones actuales, subjetivamente percibidas como peligrosas, aunque sólo sea por el hecho de ser inciertos. En el Hospital Universitario de Toledo (HUT), ante una cirugía programada, los pacientes ingresan en la Unidad de Recuperación PostAnestésica (URPA) para su preparación previa a la cirugía. Es en éste momento, en el preoperatorio inmediato dónde el personal de enfermería hace una valoración global del paciente, tanto física como emocional a través de

la entrevista. En el 80-85% de los casos podemos observar nerviosismo, miedo, preocupación, etc. Todo ello fruto de la ansiedad que provoca entrar en quirófano, ya que ésta resulta ser una reacción emocional ante una amenaza real o potencial. Es de gran importancia que el personal de enfermería pueda ayudar a los pacientes prequirúrgicos a reducir su nivel de ansiedad, favoreciendo así el proceso quirúrgico y el éxito de la cirugía. En éste capítulo presentamos las estrategias más adecuadas en la URPA del HUT para disminuir la ansiedad de los pacientes ingresados en la unidad.

2 Objetivos

- Determinar si el paciente ingresado en la URPA del HUT para un procedimiento quirúrgico programado presenta ansiedad mediante la observación y la entrevista.
- Abordar la ansiedad mediante intervenciones enfermeras (NIC).

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. A la hora de llevar a cabo nuestra búsqueda bibliográfica, se han empleado las siguientes palabras clave: “ansiedad”, “NIC”, “Nursing Outcomes Classification (NOC)” y “preoperatorio”. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo, Elsevier y Google Académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para saber qué tipo de actividades debemos de llevar a cabo con el paciente para reducir su nivel de ansiedad, debemos identificar los objetivos que queremos alcanzar y ya que somos personal de enfermería, no hay mejor manera de actuar que mediante la taxonomía North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)-NOC-NIC. Todas las intervenciones y actividades de enfermería descritas a continuación están sacados del libro NANDA Internacional, Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación. (11ª ed) 2018-2020.

NANDA 00146- ANSIEDAD

NOC: Nivel de ansiedad (1211) (4).

NIC actividades (5):

Disminución de la ansiedad (5820).

- Utilizar un enfoque sereno que de seguridad.
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.
- Escuchar con atención.
- Reforzar el comportamiento, según corresponda.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
- Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina.
- Determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente.
- Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.
- Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, según corresponda.
- Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad (3).

Técnica de relajación (5880).

- Mantener la calma de una manera deliberada.
- Mantener el contacto visual con el paciente.
- Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad.
- Permanecer con el paciente.
- Transmitir al paciente garantía de su seguridad personal.
- Sentarse y hablar con el paciente.
- Facilitar la expresión de ira por parte del paciente de una manera constructiva.
- Instruir al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad, según corresponda.
- Proporcionar ansiolíticos, según se precise (3).

NOC: Afrontamiento de los problemas (1302) (4).

NIC:

Escucha activa (4920) (5).

- Establecer el propósito de la interacción.
- Mostrar interés por el paciente.
- Hacer preguntas o afirmaciones que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones.

- Centrarse completamente en la interacción eliminando prejuicios, sesgos, presunciones, preocupaciones personales y otras distracciones.
- Mostrar conciencia y sensibilidad hacia las emociones.
- Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación (p. ej., saber que la postura física expresa mensajes no verbales).
- Escuchar los mensajes y sentimientos inexpressados y además atender al contenido de la conversación.
- Estar atento a las palabras que se evitan, así como a los mensajes no verbales que acompañan a las palabras expresadas.
- Estar atento al tono, ritmo, volumen, entonación e inflexión de la voz.
- Identificar los temas predominantes.
- Determinar el significado de los mensajes reflexionando sobre las actitudes, experiencias pasadas y la situación actual.
- Ofrecer la respuesta en el momento adecuado para que refleje la comprensión del mensaje recibido.
- Verificar la comprensión del mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación.
- Evitar barreras a la escucha activa (minimizar sentimientos, ofrecer soluciones sencillas, interrumpir, hablar de uno mismo y terminar de manera prematura).
- Utilizar el silencio/escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones (3).

Apoyo emocional (5270) (5).

- Realizar afirmaciones enfáticas o de apoyo.
- Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo.
- Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza
- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
- Facilitar la identificación por parte del paciente de esquemas de respuestas habituales a los miedos.
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
- Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad (3).

Mejorar el afrontamiento (5230).

- Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad. • Valorar y comentar las respuestas alternativas a la situación.
- Utilizar un enfoque sereno, tranquilizador.
- Proporcionar un ambiente de aceptación.

- Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.
- Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones.
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- Desalentar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo un fuerte estrés.
- Reconocer la experiencia espiritual/cultural del paciente.
- Alentar el uso de fuentes espirituales, si resulta adecuado.
- Explorar los éxitos anteriores del paciente (3).

5 Discusión-Conclusión

Como profesionales de enfermería debemos ofrecer cuidados individualizados a nuestros pacientes, por ello la importancia de llevar a cabo las actividades citadas anteriormente de manera individual, clara y precisa.

También es de especial importancia que los profesionales sanitarios sepan comunicarse con los pacientes de la manera más efectiva, precisa y concreta, ya que dar una información errónea o no dar ningún tipo de información genera más ansiedad a los pacientes.

Por lo que los profesionales sanitarios que trabajan en éstas unidades deberían estar formados en la materia sobre dar información al paciente ,saber transmitir seguridad, la escucha activa y dar apoyo emocional.

6 Bibliografía

1. Bagés Fortacín C, Lleixà Fortuño M, Español Puig C,Imbernón Casas G, Munté Prunera N, Vázquez Morillo D. Efectividad de la visita prequirúrgica sobre la ansiedad, el dolor y el bienestar. *Enfermería Global*. 2015;39:29-40
- 2.Armero Barranco D, Ruíz Mateos M, Alcaraz Baños M, Bernal Paez F.L. Cuidados enfermeros a pacientes intervenidos mediante cirugía radiológica. Caso clínico. *Enfermería Clínica*. 2007;17(4):215-20
3. NANDA Internacional ,Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación.(11ª ed)2018-2020.Elsevier,Madrid(2019)
- 4.S.Morread,M.Johnson,M.Maas.Clasificación de resultados de Enfermería (NOC). *Medición de Resultados en Salud*(5ª ed.),Elsevier,Madrid(2013)

5.H.K. Butcher ,G.M.Bulechek,J.M.Docerman, C.M. Wagner.Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)(7ª ed.),Elsevier,Madrid(2018)

Capítulo 181

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL SERVICIO DE REANIMACIÓN

MAR DEL ROCIO SERRANO FIERREZ

1 Introducción

La Unidad de Reanimación, más conocida como REA, es un servicio de cuidados especializados al que se derivan los pacientes que han sido intervenidos quirúrgicamente, con el fin de disminuir las complicaciones que pueden surgir durante el periodo postoperatorio. La estancia en la REA, como norma general, no sobrepasará las 24 horas, aunque según la evolución del paciente puede llegar hasta las 48 horas. En caso de que el paciente empeore o no evolucione correctamente, este será trasladado a la UCI.

La Unidad de Reanimación debe estar situada en una zona próxima al quirófano para poder trasladar al paciente rápidamente después de la intervención. El paciente, tras la intervención, será trasladado a la Sala de Reanimación por un celador, y además, irá acompañado por un anestesista y una enfermera de quirófano. Nada más llegar a la REA el paciente será monitorizado por un Enfermero y un Técnico en Cuidados Auxiliares en Enfermería (TCAE), y además, se le tomará una temperatura, se le comprobarán las vías, y si el paciente tiene sonda vesical, drenajes, etc. En caso necesario, también se le pondrá una bomba de calor.

En esta sala, el paciente estará controlado en todo momento por el equipo de enfermería hasta que esté preparado para ir a su habitación.

2 Objetivos

1. Conocer en qué consiste el Servicio de Reanimación.
2. Conocer el funcionamiento del Servicio de Reanimación.
3. Conocer las funciones del TCAE en el Servicio de Reanimación.

3 Metodología

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

4 Resultados

Además de averiguar en qué consiste el Servicio de Reanimación y conocer cuáles es su funcionamiento, también se van a ver cuáles son las funciones del TCAE en este servicio. Que principalmente son:

- Colaborar con el enfermero (DUE) en la recepción del paciente, así como en su monitorización.
 - Al monitorizar al paciente se le pondrá el electrocardiógrafo, el manguito de la tensión, por norma general en el brazo contrario, donde se encuentre la vía y la pulsioximetría, en la mano contraria al brazo, con el manguito.
 - Tomar la temperatura a los pacientes.
 - Recoger diuresis.
 - Contabilizar drenajes.
 - Aseo del paciente.
 - Colaborar con el DUE en las curas de los pacientes.
 - Apuntar diuresis, deposiciones y cantidad de los drenajes.
 - Revisar los boxes, respiradores, monitores...
 - Revisar y reponer el material.
 - Atender e informar a los familiares sobre los horarios de visitas.
 - Revisar y reponer los almacenes.
 - Revisar, reponer y limpiar los carros.
 - Limpiar el material utilizado por los DUE y llevar a esterilización si es necesario.
 - Preparar las altas para cuando llegue un nuevo ingreso.
- El aseo del paciente se realizará en colaboración con un celador.

Cuando un paciente es trasladado a su habitación o a realizarle alguna prueba, este se desmonitorizará y se le pondrá un camisón y se le tomará una temperatura. Cuando el paciente vuelva de la realización de la prueba se le vuelve a monitorizar. Para el traslado del paciente se avisará al celador.

Cuando un paciente es dado de alta o ingresado en su habitación, el TCAE limpiará el box:

- Quitará la lencería usada.
- Tirará el material utilizado desechable.
- Limpiará el monitor y el material reutilizable.
- Avisará al personal de limpieza.

Una vez limpio, el TCAE hará la cama en caso necesario y repondrá el material necesario.

En resumen, la principal función del TCAE en la REA es garantizar el adecuado funcionamiento de este servicio y un adecuado trato del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Tras la realización de este trabajo se ha llegado a la conclusión de la importancia que tiene el Servicio de Reanimación para atender al paciente postquirúrgico. En este servicio se tiene más controlado al paciente en todo momento, pudiendo actuar rápidamente en caso de que este empeore. También lo importante que es el quipo de enfermería, tanto DUE como TCAE bien cualificados para garantizar el buen funcionamiento y atención del paciente. También se han visto todas las funciones del TCAE en este servicio y la importancia que tienen para dicho buen funcionamiento del servicio y trato con el paciente y sus familiares.

6 Bibliografía

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

Capítulo 182

EL ASEO DEL PACIENTE ENCAMADO REALIZADO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

NATALIA SÁNCHEZ-URÁN DÍAZ

SERGIO CASTELLANOS LARA

1 Introducción

La piel es el órgano de mayor extensión del cuerpo. Representa la primera barrera defensiva de nuestro organismo y cubre la totalidad de nuestro cuerpo y por eso el aseo en general hay que realizarlo diariamente, siempre por la mañana antes del cambio de sábanas.

Para los pacientes ya sean dependientes o independientes es fundamental y necesaria para una actividad básica y se obtiene unos beneficios físicos y psicológicos.

La piel tiene un pH ácido (pH 5,5) como mecanismo de defensa, de esa forma, los gérmenes patógenos que viven perfectamente en un pH del interior del organismo, al estar en contacto con el medio ácido de la piel sana, mueren o crecen más lentamente.

El aseo en general de un paciente encamado es una técnica muy importante realizada por el Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería y muy bueno para el bienestar de la persona como complemento positivo de los cuidados médicos.

Cuando se vaya a realizar el aseo del paciente encamado hay que prestar una buena atención profesional y hay que tener en cuenta el momento de intimidad para poder valorar el ámbito emocional y psicológico del paciente al que se le asea. El Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería es el responsable de crear una buena confianza con el paciente y así el paciente encamado colaborará mejor con el TCAE y será un apoyo para los profesionales sanitarios.

En el aseo se visualizará además una inspección del estado general del paciente, así como en la piel y mucosas y si se visualiza cualquier anomalía se avisará al enfermero.

2 Objetivos

- Realizar la técnica de higiene y aseo manteniendo la intimidad del paciente y de manera efectiva.
- Visualizar cualquier anomalía de su piel y mucosa, y dar confort al paciente.

3 Metodología

Este trabajo ha sido elaborado con las referencias que aparecen en la bibliografía, la mayor parte en castellano y se localizan en libros, artículos, revistas científicas, blogs, etc.

Se han realizado palabras clave como "aseo, paciente encamado, Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería".

4 Resultados

Aunque parece una técnica simple de realizar, hay que tener en cuenta una serie de factores a seguir por el TCAE, entre las que vamos a destacar a continuación:

- En primer lugar y muy importante, el TCAE se va a lavar las manos con jabón y agua y se colocará los guantes.
- Explicaremos al paciente que le vamos a realizar el aseo.
- Preparamos todo el material: 2 sábanas, funda de almohada, camisón y toallas. Agua a 35-37°C con jabón y esponjas. En el carro de aseo, además podemos encontrar gasas, suero, cremas, pañales, compresas, entre otras cosas.
- La habitación tiene que estar sin corrientes de aire, a una temperatura de 24-25°C y si tiene acompañante, mantener la intimidad usando un biombo o cortinilla.

-Comenzaremos por los ojos y cara, que se realizará solo con agua (los ojos desde el lacrimal hacia fuera) a toquecitos, las fosas nasales con suero salino y la boca la limpiaremos con una torunda, pasandola por el paladar, encías, base de la boca y lengua.

-Cubriremos por partes al paciente para mantener su intimidad y colocaremos empapadores para proteger la cama de la humedad.

-Continuamos con el cuello, hombros, brazos y manos de arriba a abajo y terminamos con las axilas. Secaremos a toquecitos segun vayamos aseando al paciente.

-Seguiremos por el tórax y mamas(más minuciosamente en mujeres).

- Continuamos con las piernas y los pies teniendo en cuenta los espacios interóseos.

Una vez terminada la zona anterior, hidrataremos muy bien la piel dando un pequeño masaje.

Colocamos al paciente en decúbito lateral y continuamos el aseo por la zona posterior:

-Empezamos a asear por la espalda y nalgas de arriba a abajo e hidrataremos.

A continuación colocaremos al paciente en decúbito supino para proceder a asear la zona genital:

-Si es mujer, rodillas flexionadas y piernas separadas, de arriba a bajo y de dentro hacia fuera y si es hombre primero pene y testículos, retraer el prepucio y limpiar el glande.

Por último la zona rectal.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el aseo del paciente encamado, es una técnica realizada por el Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería que consiste en mantener la piel en condiciones óptimas y lograr un complemento positivo, y así, el bienestar biopsicosocial del paciente y mantenimiento de su salud.

-El aseo debe de ser diario y el lavado de pelo cada 2-3 días.

-La ropa de cama se cambia las veces que sea necesaria.

-Siempre hay que llevar un orden y asear de las zonas más limpias a las más sucias, cambiando de esponja las veces que sea necesario.

El orden del aseo es:

-Ojos, caray cuello.

- Hombros, brazos, manos y axilas.
- Tórax, mamas y abdomen.
- Piernas y pies.
- Espalda y nalgas.
- Región genital.

6 Bibliografía

- 1.<http://macmillaneducation.es>
- 2.<http://revistamedica.com>
- 3.<http://ediciones.grupoaran.com>

Capítulo 183

CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PLANTA DE GERIATRÍA

NATALIA SÁNCHEZ-URÁN DÍAZ

SERGIO CASTELLANOS LARA

1 Introducción

La geriatría es la rama de la medicina que estudia las enfermedades de las personas mayores y los cuidados a realizar. Son aspectos clínicos lo que puede ayudar al tratamiento, prevención y rehabilitación del paciente anciano, integrando aspectos familiares y sociales.

Los pacientes geriátricos son aquellos con una edad avanzada con pluripatologías y polifarmacia que la mayoría presentan dependencias para las actividades básicas de la vida diaria y tienen afectaciones del organismo asociadas a la oxidación celular y envejecimiento humano.

Los ancianos suelen enfermar de manera habitual, aunque si han llevado una vida y hábitos saludables se reduce las afectaciones de las enfermedades.

Algunas de las enfermedades más comunes en la tercera edad suelen ser, artritis y artrosis, que es una hinchazón y la inflamación de las articulaciones.

La diabetes, la desarrollan cuando la glucosa en sangre, también llamada como azúcar en sangre, es muy alta.

El Alzheimer es una enfermedad neurogenerativa que afecta a 1 de cada 10 personas mayores de 65 año. El deterioro cognitivo conlleva una pérdida progresiva

de la memoria y la autonomía o trastornos de la conducta y la evolución es progresiva e irreversible.

La pérdida de visión en personas mayores es la más común, se produce una degeneración macular asociada a la edad, la catarata, el glaucoma, la retinopatía diabética.

2 Objetivos

- Informar sobre las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el manejo del paciente geriátrico.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las tareas que un Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería va a realizar en la planta de geriatría dependerá del paciente, pero las principales son las que vamos a nombrar a continuación:

- Preparamos el material necesario para comenzar con el aseo. Si es paciente independiente, ayudaremos en lo que sea necesario. Siempre que un paciente pueda realizar una tarea sola, hay que animarla a ello para seguir y mantener una buena calidad de vida. Si no son capaces de realizar alguna actividad, intervenimos en lo que fuera necesario. Si es paciente dependiente, comenzaremos con el aseo por su orden. Hidrataremos bien la piel con un suave masaje, le pondremos el camisón y levantaremos al sillón el que pueda.
- Una vez que lleguen las bandejas de comida, ya sean del desayuno, comida, merienda y cena se la proporcionaremos al paciente y si es necesario los ayudaremos a comer.
- Facilitar la tarea de su desplazamiento y al acostarse.
- Asistencia en cualquier otra actividad diaria que no puedan realizar por ellos mismos.

- Si detectamos algún cambio en la salud física o mental, avisaremos al Enfermero para que intervenga lo antes posible.
 - Reponer todo el material necesario y se haya gastado durante el turno de trabajo, ya sean pañales, materia de curas, sueros, etc.
 - Revisar los caudalímetros de que funcionen correctamente, y si no fuera el caso, remplazarlo.
 - A la hora de acostar al paciente anciano, le ayudaremos y acomodaremos en la cama. Si el paciente es dependiente y no se levanta de la cama, haremos durante el día cambios posturales cada 2 horas y en la noche cada 3 horas.
 - Dar aportes para diabéticos a las personas que lo necesiten.
 - Cambiar los pañales las veces que sean necesarias.
- Estas son algunas de las funciones a realizar del Técnico de Cuidados Auxiliares de enfermería.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería, prestará apoyo físico y psicológico a los pacientes ancianos, así como a sus familiares y amigos y colaborarán con el equipo de enfermería en las tareas diarias de la planta de geriatría. Proporcionar medidas para un mejor cuidado de las personas mayores que puedan ser dependientes por la vejez o por enfermedad.

Es muy importante tener empatía, capacidad para la escucha y ser capaz de ayudar y dar apoyo cuando las personas bajo nuestro cuidado tenga dudas u otro tipo de problemas como pueden ser emocionales.

Todas las personas ancianas no son iguales, cada una tiene unas necesidades diferentes y por eso hay que mantener su independencia y su privacidad.

6 Bibliografía

- 1.<http://es.indeed.com>2023.
- 2.<http://revistamedica.com>.
- 3.<http://on-enfermeria.com>2019.

Capítulo 184

CUIDADOS DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

NATALIA SÁNCHEZ-URÁN DÍAZ

SERGIO CASTELLANOS LARA

1 Introducción

Los pacientes psiquiátricos son personas sin diagnóstico preciso en otros ámbitos, de los cuales se hace cargo el médico psiquiatra, especialmente cuando estas se han convertido en "non gratas" para la pareja, la familia y/o la sociedad.

Es importante estar pendiente de cientos de síntomas, como por ejemplo, cuadros de miedo irracional, temor severo a volverse loco, falta de aire o dificultad al respirar, sensación de mareo, visión borrosa, taquicardia, palidez y frío en la piel con sudoración, temblor en las manos, etc.

Hay que consultar con el psiquiatra cuando el pensamiento es tan rápido que la persona, al tratar de hablar, solo es capaz de emitir palabras fragmentadas y esto se acompaña de un ánimo eufórico y expansivo.

La salud mental incluye nuestro bienestar emocional, psicológico y social. Afecta la forma en la que pensamos, sentimos y actuamos cuando enfrentamos la vida. También ayuda a determinar como manejamos el estrés, nos relacionamos con

los demás y tomamos decisiones. La salud mental es muy importante en todas las etapas de la vida de una persona, desde la niñez y la adolescencia hasta la adultez y la vejez.

La Clasificación Internacional de Enfermedades está creada por la Organización Mundial de la Salud y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales por la Asociación Psiquiátrica Americana.

2 Objetivos

- Destacar la importancia de favorecer el proceso de recuperación e inclusión social de nuestros pacientes.
- Exponer cómo es posible recuperar su bienestar emocional y psíquico, proporcionando atención biopsicosocial necesaria antes de regresar a su día a día.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha buscado información en las Bibliografías mencionadas. Se ha buscado información en libros, artículos de las bases de datos: Medline y Pubmed y se han seleccionado artículos científicos procedentes de publicaciones revisadas.

Se han utilizado palabras clave como pueden ser: pacientes psiquiátricos y psiquiatra.

4 Resultados

El TCAE bajo la supervisión de un médico, brinda la atención a las necesidades de los pacientes que no pueden atenderse por sí mismos:

- En cada turno, leer las anotaciones del libro de enfermería para ver lo que ha sucedido o si ha habido alguna salida, alguna orden médica o de enfermería.
- El TCAE explica al paciente cuáles son sus derechos y deberes diarios.
- Hay que mantenerlos aseados y limpios para que no se sientan que están abandonados.
- Ayudar a aquellos pacientes que necesiten ir al baño o cambiar el pañal cuando sea necesario.
- Los pacientes que no puedan vestirse solos, ayudarlos a vestirse y a calzarlos.
- Supervisar a aquellos que si se visten y se asean solos.

- El TCAE mantendrá la habitación recogida y ordenada, y hará la cama todos los días, supervisando la ropa de cama y si es necesario cambiarla.
- A la hora de las ingestas, intentar que coman por sí solos, para que no pierdan el hábito, y quien no pueda solo ayudar en lo que necesite.
- Vigilar que se tomen la medicación.
- Cuando sea necesario, acompañarlos a terapias, citas médicas, revisiones...
- Vigilar la seguridad y el bienestar del paciente en cualquier área de entrada y salida.
- A estas personas les afecta la atención que se les presta. Si se les trata con cariño y respeto, la relación será buena y colaborarán más.
- Hay que hablarles con tranquilidad y en un tono suave, porque son muy sensibles a la excitación y el nerviosismo.
- Es necesario tener una motivación adecuada.
- Si surge algún conflicto, hay que mediar entre ellos para poder resolverlos, ya que ellos por sí solos no llegarían a ningún acuerdo.
- Cualquier incidencia ocurrida durante el turno hay que anotarlo en el libro de enfermería.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, hay un equipo para los cuidados al paciente, que son un equipo de profesionales que proporcionan cuidados de todo tipo, como médicos, psicólogos, psiquiatras, enfermeros, TCAES y terapeutas, que proporcionan el proceso de recuperación e inclusión del paciente psiquiátrico.

El TCAE es el profesional encargado de proporcionar ayuda al paciente durante su estancia y cubrir sus necesidades a sí como consultar con el resto del personal y que tengan una atención de alta calidad para los pacientes que residen tanto en hospitales como en residencias. Además, los profesionales trabajan en equipo para asegurarse una pronta recuperación de los pacientes.

6 Bibliografía

- 1.Libro de Tecnicas Basicas de Enfermeria de mcmillan education.
2. Pubmed.ncbi.nlm.gov.
3. Medlineplus.org.

Capítulo 185

BENEFICIOS DEL EJERCICIO FÍSICO PARA EL BIENESTAR.

LUCIA GONZALEZ FERNANDEZ

1 Introducción

En la búsqueda incansable de una vida plena y saludable, el ejercicio físico emerge como un pilar fundamental para alcanzar ese anhelado bienestar. Desde tiempos inmemoriales, la actividad física ha sido parte inherente de la experiencia humana, y su importancia solo se ha incrementado a medida que avanzamos en la comprensión de cómo nuestro cuerpo y mente se benefician de ella.

El ejercicio no es simplemente una actividad física; es una herramienta poderosa que puede transformar nuestra salud y calidad de vida. El ejercicio físico proporciona beneficios a nuestra salud física y mental. No solo fortalece nuestros músculos y huesos, sino que también mejora la función de nuestros órganos internos, promueve un sistema inmunológico más resistente y regula los niveles de azúcar en sangre, previniendo enfermedades crónicas. Además, libera endorfinas, las famosas "hormonas de la felicidad," que combaten el estrés y la ansiedad, y puede ser un aliado poderoso en la lucha contra la depresión. A lo largo de estas páginas, se exponen los secretos de por qué el movimiento es esencial para nuestro cuerpo, cómo influye en nuestra mente y emociones, y cómo puede ser la clave para una vida más larga y vigorosa.

Pero no se trata solo de conocimiento. Este capítulo también es una guía práctica para incorporar el ejercicio de manera efectiva en nuestra vida cotidiana. Explica cómo superar las barreras comunes que a menudo nos impiden mover nuestro cuerpo, y las estrategias realistas para hacer del ejercicio un hábito sostenible y

así conseguir mejorar paulatinamente la salud general en un breve periodo de tiempo.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer el beneficio del ejercicio físico.

3 Metodología

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

4 Resultados

Hacer ejercicio regularmente conlleva una serie de beneficios que son fundamentales para mejorar y mantener nuestra salud en general, como son:

- Mejorar la condición cardiovascular: El ejercicio aeróbico, como correr o nadar, fortalece el corazón y los pulmones, mejorando la circulación sanguínea y reduciendo el riesgo de enfermedades cardiovasculares.
- Fortalecer músculos y huesos: El entrenamiento de resistencia, como levantamiento de pesas, ayuda a desarrollar músculos más fuertes y a mantener la densidad ósea, lo que es especialmente importante para prevenir la osteoporosis.
- Controlar el peso: El ejercicio regular quema calorías, lo que puede ayudar a mantener un peso corporal saludable y prevenir la obesidad, un factor de riesgo para muchas enfermedades.
- Mejorar la flexibilidad y la movilidad: Actividades como el yoga y el estiramiento mejoran la flexibilidad, lo que puede reducir el riesgo de lesiones y mejorar la calidad de vida en general.
- Promover la salud mental: El ejercicio libera endorfinas, sustancias químicas que generan sensaciones de bienestar y reducen el estrés, la ansiedad y la depresión.

- Regular el azúcar en sangre: El ejercicio ayuda a mejorar la sensibilidad a la insulina, lo que es beneficioso para las personas con diabetes o en riesgo de desarrollarla.
- Fortalecer el sistema inmunológico: El ejercicio regular puede fortalecer el sistema inmunológico y ayudar a prevenir enfermedades e infecciones.
- Mejorar la calidad del sueño: Una rutina de ejercicio adecuada puede promover un sueño más reparador y profundo, lo que es esencial para la recuperación y el bienestar.
- Aumentar la energía y la resistencia: El ejercicio aumenta la resistencia física y la capacidad de realizar actividades diarias con menos fatiga.
- Promover la longevidad y calidad de vida: Estudios han demostrado que las personas que hacen ejercicio regularmente tienden a vivir más tiempo y disfrutar de una mejor calidad de vida a medida que envejecen.

En resumen, los beneficios de hacer ejercicio para la salud van desde mejorar la salud cardiovascular y fortalecer los músculos hasta promover el bienestar mental y aumentar la longevidad. Incorporar una rutina de ejercicio regular puede contribuir significativamente a una vida más saludable y activa.

Mejorar la salud a través del ejercicio implica seguir unas pautas que sean seguras, efectivas y sostenibles a lo largo del tiempo:

- Evaluar el estado de salud actual: Antes de comenzar cualquier programa de ejercicios, es importante evaluar la salud actual. Consultar a un profesional de la salud si existen condiciones médicas preexistentes o preocupaciones específicas.
- Establecer metas claras: Definir metas específicas y realistas para el programa de ejercicio. Esto podría incluir objetivos como perder peso, mejorar la resistencia cardiovascular o aumentar la fuerza muscular.
- Seleccionar actividades para disfrutar: Elegir actividades físicas que gusten. Esto aumenta la probabilidad de mantenerse motivado y comprometido a largo plazo. Se puede optar por caminar, correr, nadar, montar en bicicleta, hacer yoga, entre muchas otras opciones.
- Comenzar de forma gradual: Si se es nuevo en el ejercicio o se ha estado inactivo durante un tiempo, comenzar con ejercicios de baja intensidad y duración. Aumentar gradualmente la intensidad y la duración a medida que se va acostum-

brando el cuerpo.

- Incluir diversidad de ejercicios: Un programa de ejercicios equilibrado debería incluir ejercicios aeróbicos (cardio), de resistencia (fuerza) y de flexibilidad (estiramientos). Esto garantiza un enfoque integral en la salud.
- Establecer un horario regular: programar sesiones de ejercicio en la rutina diaria. Mantener la consistencia, tratando de hacer ejercicio varios días a la semana.
- Escuchar al cuerpo: Prestar atención a las señales del cuerpo. Si se siente dolor inusual o malestar, detener la actividad y consultar a un profesional de la salud.
- Hidratarse y nutrirse: Beber suficiente agua antes, durante y después del ejercicio. Además, consumir una dieta equilibrada para proporcionar al cuerpo los nutrientes necesarios para la recuperación y el rendimiento.
- Descansar y recuperarse. El descanso es esencial para la recuperación y el crecimiento muscular. Asegurarse de dormir lo suficiente y de permitir que el cuerpo se recupere entre las sesiones de ejercicio.
- Seguir el progreso: Llevar un registro de las actividades y el progreso. Esto ayuda a mantener la motivación y a ajustar el programa según sea necesario.
- Consultar a un profesional del ejercicio: Si es posible, considerar trabajar con un entrenador personal o un fisioterapeuta. Pueden proporcionar orientación profesional y crear un plan de ejercicio específico para las necesidades de cada individuo.
- Mantener la motivación: Encontrar formas de mantener la motivación, ya sea estableciendo recompensas personales, entrenando con un amigo o participando en desafíos.

La clave para mejorar la salud a través del ejercicio es la consistencia y la paciencia. Adaptar la rutina de ejercicio al estilo de vida y necesidades personales es esencial para lograr resultados duraderos y beneficios significativos para la salud.

5 Discusión-Conclusión

La población, no está concienciada de la importancia del ejercicio físico para contribuir a la mejora paulatina de la salud física y emocional de los seres humanos.

Es importante recalcar que a lo largo de los años no se ha hecho el suficiente énfasis a la hora de recomendar como hábito saludable la práctica de ejercicio moderado para el aumento del bienestar integral. Por parte de las instituciones sanitarias se deberían haber implementado programas para promocionar la actividad física como algo primordial para beneficiar la salud de la ciudadanía y concienciarla así para que implantase esa rutina en sus hábitos diarios.

Es gratificante comprobar que cada vez se tiene más conocimiento de que el ejercicio físico aporta grandes beneficios a nuestra salud. Eso se ve plasmado día a día en la cotidianidad de los individuos, ya que es habitual observar a gente corriendo por las calles, caminando por las ciudades y el campo, disfrutando del aire libre o practicando deportes. Gracias a esto la esperanza de vida está aumentando y la calidad de la misma nada tiene que ver con la de nuestros antecesores.

6 Bibliografía

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

Capítulo 186

CUIDADOS DEL CUIDADOR DE PACIENTE CON ALZHEIMER EN EL DOMICILIO.

LUCIA GONZALEZ FERNANDEZ

1 Introducción

El Alzheimer es una demencia que afecta el cerebro causando un deterioro cognitivo de las habilidades intelectuales y cognitivas afectando a la memoria, la persona que lo padece va perdiendo la capacidad para sus cuidados, relacionarse con los que lo rodean aunque le sea familiar.

Al principio de la enfermedad el paciente y cuidador es cuando da lugar a peores entendimientos porque no son conscientes hasta que la enfermedad es más evidente y necesitan ayuda.

Con el paso del tiempo necesitará unos cuidados cada vez más específicos hasta llegar a ser dependiente total para la vida diaria generando una serie de cuidados hacia su cuidador familiar.

Cuando la familia que se hace cargo no es consciente para afrontar la enfermedad dando lugar a tener que buscar soluciones como ayuda para poder realizar los cuidados que necesita.

Buscando ayuda en profesionales como médicos para una medicación adecuada, asistenta social para recibir ayuda en los cuidados, centro de día o ayuda a domicilio.

La calidad de vida del cuidador familiar está relacionada con los cuidados de la vida diaria, tiempo, cargas, la autoestima, la satisfacción, el estado socioe-

conómico, el humor, y la responsabilidad que asume si lo está haciendo bien o no.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la labor del personal sanitario en atención del cuidador sobre el paciente con enfermedad de Alzheimer.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica, sistemática, sobre literatura científica existente. También se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La definición del cuidador del paciente con Alzheimer que sea familiar cercano, lejano o cuidador, que apoya y cuida las actividades de la vida diaria. También tiene que desempeñar tareas como movilizar al paciente, empatía, disponibilidad y medios necesarios para el bienestar del paciente.

La calidad de vida del cuidador se relaciona con: la salud física (cuidar y proporcionar el descanso del día a día para desempeñar mejor el trabajo), edad del cuidador y apoyos que tenga en el entorno familiar. Muchas veces se siente cansado, estresado, por la falta de descanso y los días con cuidados muy repetitivos causando en ocasiones estrés dando lugar a irritabilidad, frustración por no tener el descanso y tranquilidad suficiente. Con el tiempo por la falta de tiempo abandona las relaciones sociales, aficiones, ocio, que conlleva, depresión, cuadros de ansiedad, apatía, incluso a su aspecto personal.

Son muchos los cambios de vida que conlleva cambiar al cuidador de su vida personal para este nuevo rol que tiene que afrontar. A día de hoy los cuidadores tienen ayudas que antes no se tenían como apoyos externos institucionales o no para poder llevar mejor la convivencia:

- Apoyo familiar: cuando la familia está ayudando al cuidador principal.

- Apoyo estructural: adecuar el entorno del 'paciente para que se sienta más seguro quitando barreras arquitectónicas para que desenvuelva mejor en su entorno.
- Apoyo formativo: programas sobre el Alzheimer resolución de problemas, charlas informativas, etc.
- Ayuda domicilio: cubre las necesidades individuales del enfermo Alzheimer y apoya a los cuidadores.
- Centro de día: si la demencia es leve-moderada en horario diurno donde dan un respiro a la familia donde van varias horas comen, hacen actividades, rehabilitación, mejorando las actividades diarias y funciones cognitivas.

5 Discusión-Conclusión

Los enfermos de Alzheimer con problemas de memoria y pérdida de autonomía al principio se necesita mucha fuerza para poder enfrentarse a la situación de la enfermedad para poder cuidar al enfermo en las distintas fases de la enfermedad, como cuidador y ellos como enfermedad, el cuidador necesita familia que la apoye, amigos, profesionales.

El personal sanitario es fundamental para apoyar a tratar y cuidar al enfermo y cuidador y la familia mediante el bienestar físico, psicológico, y social y poner todos los cuidados que necesiten. El trabajo del cuidador es una labor que pasa desapercibida aun cuando causa graves problemas de salud y psicológicos.

6 Bibliografía

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

Capítulo 187

FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DE TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA REALIZACIÓN DE CAMBIOS POSTURALES A PACIENTES.

MARÍA ISABEL CORTES MARTÍNEZ

LAURA RUFO PADILLA

MONICA RUFO PADILLA

SAMAY PEREZ GOMEZ

1 Introducción

Entendemos cambios posturales como las modificaciones corporales voluntarias o involuntarias que se llevan a cabo bajo prescripción facultativa a aquellas personas que, debido a su condición física de inmovilidad o a alguna patología presente, requieren de la realización de cambios en su postura para así prevenir posibles efectos adversos que se pueden desarrollar con el paso del tiempo al mantener una misma postura, como puede ser la aparición de úlceras por presión, de trombos en alguna zona del cuerpo, alteraciones respiratorias, alteraciones cardíacas, etc.

Los cambios posturales se dan de manera principal en los pacientes que se encuentran encamados por largos periodos de tiempo, y sobre todo en aquellos que

no son capaces de cambiar la postura de manera autónoma, como los grandes dependientes o pacientes con problemas cognitivos.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desarrolla la labor directa de llevar a cabo dichos cambios posturales a los pacientes, encontrándose dicha labor entre una de sus funciones asistenciales principales, por lo que debe contar con la formación específica al respecto para llevarlos a cabo de manera correcta y segura a fin de evitar posibles complicaciones para el paciente o para evitar daños propios por una mala práctica a la hora de realizarlos.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la realización de cambios posturales.

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, Google Scholar y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

A continuación pasamos a desarrollar las funciones y características del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la realización de cambios posturales a pacientes:

Las funciones que desarrollan los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en relación con el cambio posturales a pacientes implican la realización directa de los mismos, de acuerdo a unas pautas fijadas por el personal facultativos de manera individualizada para cada paciente y que el técnico debe cumplir de manera adecuada y precisa.

Todo cambio postural realizado deberá ser registrado a fin de que quede constancia del tipo de cambio que se ha llevado a cabo y la hora a la que se ha hecho.

Los cambios posturales varían dependiendo de la patología que presenta el paciente, pues no serán los mismos para un paciente que presenta riesgo de padecer

úlceras por presión, que para un paciente politraumatizado, y siempre se llevarán a cabo siguiendo el criterio médico establecido.

Los cambios posturales más frecuentes son decúbito supino, y decúbito prono, alternando derecha e izquierda. En algunos casos también se pautará el decúbito prono.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería deberá preservar en todo momento la intimidad del paciente, informándole del proceso que se va a llevar a cabo en la medida de lo posible, y pidiendo su colaboración si esto fuera posible.

Llevará a cabo el cambio postural con sumo cuidado y prestando atención a todas las zonas de presión del paciente en busca de posibles alteraciones en la piel, comunicándoselas, si las hubiera, al equipo de enfermería.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería ha de contar con formación específica en cambios posturales para llevarlos a cabo de manera adecuada. Para la realización de los mismos ha de cuidar la higiene postural a fin de evitar lesiones como consecuencia de una mala práctica.

En todo momento practicará la asertividad y la empatía en el trato con los pacientes que reciben los cuidados por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, practicando la escucha activa y atendiendo a sus demandas siempre que esto nos sea posible y se encuentre dentro de nuestras competencias profesionales.

5 Discusión-Conclusión

Es función directa del TCAE llevar a cabo la realización de los cambios posturales a los pacientes que lo requieran, no debiendo actuar nunca a criterio propio, sino llevando a cabo dichos cambios según lo pautado por el médico responsable del paciente, el cual debe dejar correctamente registrado y por escrito la pauta que el personal técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe seguir.

Contar con los conocimientos suficientes al respecto, conociendo los distintos tipos de cambios posturales y como llevarlos a cabo de manera adecuada, contribuye no solo al bienestar físico y emocional del paciente, sino también a la prevención de lesiones en el técnico en cuidados auxiliares de enfermería como consecuencia de una mala higiene postural o de errores a la hora de realizar la fuerza o los movimientos para movilizar a los pacientes. Estar alerta de las posibles modificaciones en el estado del paciente es de vital importancia para el

mantenimiento del estado de salud del mismo.

Por todo ello el técnico en cuidados auxiliares de enfermería es un profesional clave en el cuidado de pacientes que requieren de cambios posturales.

6 Bibliografía

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

Capítulo 188

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) Y LAS DIFERENTES VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

NATALIA SOTO GARCIA

MARÍA DEL ROSARIO GRANDE BASTANTE

SALVADOR MANUEL ROSO AMARO

MARÍA ÁNGELES DEL CERRO HUMANES

1 Introducción

El TCAE (Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería) es una figura indispensable en hospitales y centros de atención médica. Su rol se caracteriza por brindar apoyo fundamental en la atención de los pacientes y en el funcionamiento general del hospital.

Los TCAE tienen múltiples responsabilidades que abarcan desde el cuidado directo de los pacientes hasta la asistencia en procedimientos médicos y la colaboración con el personal de enfermería y médicos. Proporcionan cuidados básicos, como la higiene, la alimentación y la movilización de los pacientes, lo que contribuye al bienestar y la comodidad de estos.

Además, los TCAE son esenciales en la toma de signos vitales, la administración de medicamentos bajo supervisión, la monitorización de pacientes y la documentación de datos clínicos relevantes. Su trabajo permite liberar tiempo para enfermeros y médicos, lo que mejora la eficiencia en la atención y permite una respuesta más rápida a las necesidades de los pacientes.

Los TCAE también brindan apoyo emocional a los pacientes y sus familias, ayudándolos a sobrellevar situaciones de estrés y preocupación. Además, desempeñan un papel importante en el mantenimiento de la limpieza y la higiene hospitalaria, lo que contribuye a prevenir infecciones y garantizar un entorno seguro para todos.

Es decir, son una parte integral de la atención médica en hospitales. Su trabajo constante y comprometido en la atención directa al paciente, la asistencia en procedimientos médicos y la colaboración con el equipo de salud es esencial para proporcionar una atención de calidad y mejorar la experiencia de los pacientes en el entorno hospitalario.

Una de sus funciones es la administración, colaborando con otros profesionales, de la medicación adecuada de los pacientes, teniendo conocimiento de los diferentes tipos de vías.

2 Objetivos

- Explicar los diferentes tipos de vías para la administración de medicamentos, por parte de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

3 Metodología

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

4 Resultados

La administración de medicamentos es una parte esencial de la atención de enfermería, y los TCAE (Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería) desempeñan

un papel fundamental en este proceso. Existen varias vías de administración de medicamentos, cada una con sus propias técnicas y consideraciones específicas. Principales vías de administración de medicamentos.

-Vía Oral:

La administración de medicamentos por vía oral es una de las formas más comunes y conocidas. Los medicamentos se toman por la boca y se tragan. Esta vía es adecuada para medicamentos en forma de tabletas, cápsulas, líquidos orales y suspensiones. Los TCAE deben asegurarse de que el paciente pueda tragar con seguridad y, en caso necesario, ayudar con la ingesta de agua o alimentos para facilitar la deglución.

Vía Sublingual:

En esta vía, los medicamentos se colocan debajo de la lengua, donde se disuelven y se absorben rápidamente a través de las membranas mucosas. Los TCAE deben asegurarse de que el paciente no mastique ni trague el medicamento y de que no ingiera líquidos hasta que el medicamento se haya absorbido por completo. Ejemplos comunes de medicamentos administrados por vía sublingual son la nitroglicerina y algunos medicamentos para el dolor.

Vía Rectal:

La administración de medicamentos por vía rectal implica la inserción de medicamentos en el recto a través de supositorios o enemas. Esta vía se utiliza cuando el paciente no puede tomar medicamentos por vía oral o intravenosa, o cuando se necesita un efecto local en el recto o el colon. Los TCAE deben asegurarse de que el paciente esté cómodo y de que el medicamento se coloque correctamente en el recto.

-Vía Tópica:

Los medicamentos tópicos se aplican directamente sobre la piel o las membranas mucosas. Esta vía se utiliza para tratar afecciones locales y puede incluir cremas, ungüentos, lociones, parches transdérmicos y colirios. Los TCAE deben seguir las instrucciones específicas para la aplicación de cada medicamento tópico, asegurándose de que la zona esté limpia y seca antes de la aplicación.

-Vía Intramuscular:

En la administración de medicamentos por vía intramuscular, los medicamentos se inyectan en el tejido muscular a través de una aguja y una jeringa. Esta vía se utiliza para medicamentos que requieren una absorción rápida o cuando no es adecuada la vía oral. Los TCAE deben seleccionar el sitio de inyección adecuado, asegurarse de que el paciente esté cómodo y seguir prácticas asépticas para prevenir infecciones.

-Vía Subcutánea:

La administración de medicamentos por vía subcutánea implica la inyección de medicamentos en el tejido graso justo debajo de la piel. Esta vía se utiliza para medicamentos que requieren una absorción lenta y constante, como la insulina. Los TCAE deben elegir un sitio de inyección apropiado y garantizar que el medicamento se administre a la profundidad y el ángulo correctos.

-Vía Intravenosa:

La administración de medicamentos por vía intravenosa implica la entrega directa del medicamento en una vena. Esta vía permite una acción rápida y efectiva, y se utiliza en situaciones de emergencia o cuando se requiere una acción inmediata. Los TCAE deben tener un conocimiento sólido de las técnicas de punción venosa, la selección de la vena adecuada y la administración segura de medicamentos intravenosos. También deben estar atentos a posibles complicaciones, como la irritación venosa o la extravasación de medicamentos.

Vía Intravenosa Periférica:

En esta variante de la vía intravenosa, los medicamentos se administran en una vena periférica, generalmente en el brazo o la mano, en lugar de una vena central. Los TCAE deben estar capacitados en la inserción y el mantenimiento de catéteres intravenosos periféricos, así como en la administración de medicamentos a través de estos dispositivos.

-Vía Intravenosa Central:

La administración de medicamentos por vía intravenosa central implica la inserción de un catéter en una vena central, como la vena yugular o la vena subclavia. Esta vía se utiliza para medicamentos que pueden ser irritantes para las venas periféricas o cuando se necesita acceso a largo plazo para tratamientos como la quimioterapia. Los TCAE deben ser competentes en la inserción, el mantenimiento y la administración de medicamentos a través de catéteres intravenosos centrales.

-Vía Intravenosa por Bomba de Infusión:

La administración de medicamentos por bomba de infusión es una técnica precisa y controlada en la que se utiliza una máquina para administrar medicamentos intravenosos a una velocidad constante. Esta vía se utiliza para tratamientos a largo plazo o cuando es crucial mantener una tasa de administración precisa. Los TCAE deben estar capacitados para programar y supervisar bombas de infusión, así como para detectar y resolver posibles problemas durante la infusión.

5 Discusión-Conclusión

Las vías de administración de medicamentos son diversas y requieren técnicas específicas para garantizar una administración segura y efectiva. Los TCAE desempeñan un papel crucial en este proceso al seguir protocolos precisos, mantener la seguridad del paciente y comunicarse de manera efectiva con el equipo de atención médica. Cada vía de administración tiene sus propias consideraciones y precauciones, y es fundamental que los TCAE estén bien capacitados y actualizados en las prácticas actuales para proporcionar una atención de calidad a los pacientes. La administración de medicamentos es una parte esencial de la atención de enfermería y contribuye significativamente al bienestar y la recuperación de los pacientes.

6 Bibliografía

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

Capítulo 189

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE QUIRÓFANOS HOSPITALARIOS.

LAURA RUFO PADILLA

MONICA RUFO PADILLA

SAMAY PEREZ GOMEZ

MARÍA ISABEL CORTES MARTÍNEZ

1 Introducción

El servicio de quirófanos, también conocido como departamento de cirugía o sala de operaciones, es una parte esencial de un hospital o centro médico, diseñada específicamente para llevar a cabo intervenciones quirúrgicas y procedimientos médicos invasivos. Su principal objetivo es proporcionar un entorno seguro y estéril donde los cirujanos y el equipo médico puedan realizar procedimientos con precisión y cuidado.

El servicio de quirófanos consta de una o varias salas de operaciones debidamente equipadas con tecnología médica avanzada, como mesas quirúrgicas, equipos de anestesia, monitores, iluminación quirúrgica y equipos de imagen, entre otros. El personal médico en el quirófano incluye cirujanos, anestesiólogos, enfermeras

circulantes, enfermeras instrumentistas, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y otros profesionales de la salud, dependiendo de la complejidad de la cirugía.

La esterilidad es requisito indispensable en el quirófano para prevenir infecciones. Se implementan medidas estrictas de higiene, como la desinfección y esterilización de instrumentos, el uso de vestimenta quirúrgica especializada y la creación de campos estériles. Los quirófanos están equipados con tecnología médica de vanguardia para permitir procedimientos precisos y seguros. Esto incluye equipos de imágenes médicas como rayos X, ecografías y sistemas de navegación quirúrgica.

En el presente trabajo nos centraremos en desarrollar las funciones del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio de quirófanos hospitalarios.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones que lleva a cabo el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en los quirófanos hospitalarios.

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, Google Scholar y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las funciones que lleva a cabo el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el área de quirófanos son las siguientes:

- Preparación de la sala de operaciones de manera anterior a llevar a cabo cada cirugía, el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería ayuda a preparar la sala de operaciones asegurándose de que esté completamente equipada y lista para el procedimiento. Esto implica verificar que todos los equipos médicos y suministros necesarios estén disponibles y funcionando correctamente.

- El Técnico en cuidados auxiliares de enfermería también desempeña un papel importante a la hora de mantener la esterilidad en el quirófano. Esto incluye la limpieza y desinfección de la sala antes y después de cada cirugía, así como la preparación de los instrumentos y suministros esterilizados.
- Durante la cirugía, el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería actúa como asistente del cirujano y el equipo de enfermería. Puede proporcionar instrumentos y suministros al equipo de enfermería para que este lo haga llegar directamente al cirujano. Bajo ningún concepto el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería podrá colaborar directamente con el cirujano, pues esta labor pertenece a la enfermera instrumentista.
- Antes de comenzar con la intervención quirúrgica, el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería puede ayudar a transferir al paciente de la camilla a la mesa de operaciones y asegurarse de que esté colocado de manera adecuada y segura para el procedimiento. Esto a menudo incluye posicionar al paciente de manera que se acceda a la parte del cuerpo que se va a operar. Después de la cirugía, el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería puede ayudar en la transferencia del paciente de regreso a la camilla y proporcionar atención básica, como control de signos vitales y seguimiento de la recuperación inmediata.
- Mantener registros precisos de los procedimientos quirúrgicos y las actividades realizadas en el quirófano es esencial para la documentación médica. Los Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería pueden encargarse de documentar la información relevante de manera adecuada.

Los Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería son fundamentales en el mantenimiento de la seguridad del paciente en el quirófano. Esto incluye la verificación de la identidad del paciente, la confirmación de los procedimientos a realizar y el seguimiento de los protocolos de seguridad establecidos.

5 Discusión-Conclusión

El servicio de quirófanos es esencial en la atención médica moderna, ya que permite el tratamiento de una amplia variedad de condiciones médicas y la realización de procedimientos que salvan vidas. La seguridad del paciente y la precisión en la ejecución de las intervenciones son prioridades fundamentales en este entorno médico altamente especializado.

Es importante destacar que las funciones específicas de un Técnico en cuidados

auxiliares de enfermería en el servicio de quirófanos pueden variar según el tipo de quirófano y las políticas del hospital. Además, su trabajo se realiza bajo la supervisión directa de enfermeros y cirujanos, contribuyendo de manera significativa al cuidado integral de los pacientes quirúrgicos y al funcionamiento eficiente y seguro del quirófano.

Por todo ello es importante remarcar la importancia de la figura del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el área quirúrgica de los hospitales.

6 Bibliografía

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

Capítulo 190

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA Y LA DIETA TERAPÉUTICA.

NATALIA SOTO GARCIA

MARÍA DEL ROSARIO GRANDE BASTANTE

SALVADOR MANUEL ROSO AMARO

MARÍA ÁNGELES DEL CERRO HUMANES

1 Introducción

Una dieta terapéutica es un plan de alimentación específicamente diseñado para tratar o controlar condiciones médicas o enfermedades específicas. Estas dietas se utilizan como parte integral del tratamiento médico y son prescritas por profesionales de la salud, como médicos y dietistas. El objetivo principal de una dieta terapéutica es ayudar a los pacientes a mejorar su salud, controlar los síntomas de una enfermedad o reducir el riesgo de complicaciones.

La dieta terapéutica se adapta a las necesidades individuales del paciente y se basa en recomendaciones médicas específicas. Además, se puede requerir una supervisión continua para evaluar la respuesta del paciente y realizar ajustes según sea necesario. Las dietas terapéuticas son una herramienta importante en el manejo de diversas condiciones médicas y desempeñan un papel fundamental en la promoción de la salud y el bienestar de los pacientes.

El TCAE debe tener los conocimientos necesarios en cuanto a dietas alimentarias y colaborar con el resto de trabajadores, para ofrecer al enfermo todos los valores nutricionales necesarios, para ayudarlo en su recuperación. Deberán suministrar la alimentación a los pacientes que no se puedan servir por ellos mismos y vigilar en todo momento que la ingesta no sea expulsada y que no ocurran accidentes durante la misma, que puedan poner en riesgo la vida del enfermo.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer el trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, en la alimentación de los enfermos hospitalizados en el centro donde realiza su labor

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 TCAE suelen participar en la evaluación inicial de los pacientes para determinar sus necesidades dietéticas específicas. Esto puede incluir la recopilación de información sobre las restricciones dietéticas, alergias alimentarias, preferencias y cualquier condición médica subyacente que requiera una dieta especial. Trabajando en conjunto con el equipo de atención médica, los TCAE pueden colaborar en la elaboración de un plan de dieta terapéutica personalizado para el paciente. Este plan se basa en las recomendaciones médicas y nutricionales específicas para abordar la condición médica del paciente.

Son responsables de la preparación y administración de comidas de acuerdo con el plan de dieta prescrito. Esto incluye la preparación de comidas que cumplan con las restricciones dietéticas, la porción adecuada de alimentos y la administración de alimentos a los pacientes en el momento adecuado. Del mismo modo, supervisan de cerca la ingesta alimentaria de los pacientes para asegurarse de

que estén siguiendo el plan de dieta. Esto puede requerir el registro de la cantidad de alimentos consumidos y la observación de cualquier signo de rechazo o aversión alimentaria. El TCAE, desempeña un papel importante en la educación de los pacientes sobre la importancia de seguir su dieta terapéutica. Esto puede incluir la explicación de cómo la dieta afecta su condición médica, la importancia de la adherencia y la respuesta a preguntas o preocupaciones que puedan surgir.

Estos trabajadores mantienen una comunicación estrecha con otros miembros del equipo de atención médica, como enfermeras y dietistas, para asegurarse de que el plan de dieta se ajuste según sea necesario en función de la evolución del paciente. También deben informar sobre cualquier problema o cambio en la ingesta alimentaria del paciente.

Deberán estar atentos a cualquier efecto adverso que pueda estar relacionado con la dieta terapéutica, como reacciones alérgicas, intolerancias alimentarias o efectos secundarios gastrointestinales. Deben informar de inmediato al personal médico cualquier problema que surja. Llevarán registros precisos es fundamental en la gestión de dietas terapéuticas. Los TCAE registran y documentan la ingesta alimentaria de los pacientes, así como cualquier cambio en el plan de dieta o las necesidades dietéticas del paciente. Esta documentación es esencial para el seguimiento y la evaluación del progreso del paciente.

Cada paciente es único, y los TCAE deben ser capaces de adaptar la dieta terapéutica a las necesidades individuales. Esto puede incluir la preparación de comidas especiales para pacientes con dificultades para tragar o la modificación de la textura de los alimentos para aquellos con disfagia.

5 Discusión-Conclusión

Se puede llegar a pensar que el tratamiento hacia las personas enfermas y para llegar a recuperar su salud, conlleva simplemente la toma de medicación o la realización de pruebas o cirugías. Pero la alimentación es igual de importante en este aspecto.

La colaboración del TCAE con el equipo de atención médica, su atención a las necesidades dietéticas individuales y su capacidad para educar a los pacientes son fundamentales para el éxito de la gestión de dietas terapéuticas.

La administración de las dietas a cierto tipo de pacientes la realiza el TCAE con lo cual debe contar también con herramientas que le ayuden en el trato con el paciente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 191

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA, LA DIURESIS Y LA DEFECACIÓN DEL PACIENTE.

MARÍA DEL ROSARIO GRANDE BASTANTE

SALVADOR MANUEL ROSO AMARO

NATALIA SOTO GARCIA

MARÍA ÁNGELES DEL CERRO HUMANES

1 Introducción

La diuresis y la defecación son dos procesos fisiológicos importantes en el cuerpo humano, relacionados con la eliminación de productos de desecho y la regulación del equilibrio hídrico. Aquí tienes definiciones breves de ambos términos:

La diuresis se refiere al proceso de formación y eliminación de la orina por parte de los riñones. Los riñones son órganos esenciales en el sistema urinario que filtran la sangre para eliminar los desechos, exceso de agua y sustancias no deseadas del cuerpo en forma de orina. La diuresis es un proceso continuo que ayuda a mantener el equilibrio de líquidos y electrolitos en el cuerpo, regulando la cantidad de agua y sales que se retienen o se eliminan. El volumen y la composición de la orina pueden variar según la ingesta de líquidos, la dieta, las condiciones médicas y la actividad física.

La defecación es el proceso mediante el cual el cuerpo elimina las heces, que son los residuos no digeribles de los alimentos que han pasado a través del sistema digestivo. Las heces son formadas en el colon y el recto antes de ser expulsadas a través del ano durante la defecación. Este proceso permite la eliminación de productos de desecho, bacterias y materia no digerida del cuerpo. La frecuencia y la consistencia de las evacuaciones intestinales pueden variar según la dieta, la hidratación y las condiciones de salud individuales. La defecación regular y saludable es un indicador importante de la función gastrointestinal y la salud en general.

En los hospitales, muchos pacientes no se sirven por sí mismos a la hora de eliminar desechos, por lo que los TCAE se encargan de asistirles en esos momentos.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la labor del TCAE en un momento tan íntimo como es el de diuresis y defecación de los pacientes hospitalizados.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha hecho una búsqueda bibliográfica en bases de datos, como por ejemplo Medline, y en plataformas de internet. Mediante revisión, se han desechado los datos menos importantes y se han tomado los considerados más relevantes.

4 Resultados

La diuresis es un proceso que implica la formación y eliminación de orina a través de los riñones. Los TCAE deben realizar un seguimiento de la diuresis de los pacientes. Los TCAE deben medir y registrar la cantidad de orina que el paciente elimina en un período de tiempo específico. Esto se hace generalmente en un recipiente de recolección de orina graduado para obtener una medición precisa. También deben estar atentos a cualquier cambio en la apariencia de la orina, como su color, turbidez o presencia de sangre. Estos cambios pueden ser indicativos de problemas médicos subyacentes. Observarán con qué frecuencia el paciente necesita orinar. Un aumento o disminución inusual en la frecuencia urinaria puede ser una señal de alerta.

La defecación es el proceso de eliminación de heces del cuerpo. Los auxiliares participan en la gestión de la defecación de los pacientes de las siguientes maneras: Estos técnicos registran cuándo un paciente tiene una evacuación, así como la consistencia de las heces. Esto ayuda a evaluar la regularidad y la salud del sistema gastrointestinal del paciente.

Para pacientes con movilidad limitada, los TCAE pueden ayudar en la movilización al baño o al inodoro. También pueden asistir a los pacientes en la higiene después de la evacuación. Estos trabajadores sanitarios deben estar alerta a cualquier cambio inusual en las heces del paciente, como la presencia de sangre, moco o heces negras, que pueden ser indicativos de problemas gastrointestinales o hemorragias.

Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería, juegan un papel crucial en la comunicación de los cambios en la diuresis y la defecación de los pacientes al equipo de atención médica. Esto es esencial para asegurar una atención médica adecuada y oportuna en caso de problemas médicos o cambios significativos.

Es importante destacar que los TCAE deben brindar apoyo emocional y respetar la privacidad de los pacientes durante estos procesos. La diuresis y la defecación pueden ser temas sensibles para los pacientes, y los profesionales deben abordar estos aspectos con sensibilidad y profesionalidad.

5 Discusión-Conclusión

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeñan un papel esencial en la supervisión y el cuidado de la diuresis y la defecación de los pacientes. Estos procesos son fundamentales para el equilibrio hídrico y la eliminación de desechos en el cuerpo. Los TCAE se encargan de observar, registrar y comunicar los cambios en la diuresis y la defecación, colaborando estrechamente con el equipo de atención médica. Además de las tareas técnicas, brindan apoyo emocional y respetan la privacidad de los pacientes. Su atención cuidadosa y profesional contribuye al bienestar general de los pacientes y es vital en la atención integral 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 192

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) Y LA ALIMENTACIÓN ENTERAL POR INTUBACIÓN NASOGÁSTRICA.

ANABEL RODRIGUEZ FRANCO

ELISABETH RODRÍGUEZ FRANCO

1 Introducción

Beber y comer es una de las 14 necesidades básicas que Virginia Henderson contempla en su modelo conceptual de los cuidados básicos de Enfermería, siendo primordial conservar la independencia del paciente para poder satisfacer esta necesidad básica.

Como los alimentos son imprescindibles para el mantenimiento de la vida, el TCAE será el encargado de proporcionar esta nutrición al paciente para ayudarlo a recuperarse en su día a día; Por eso, en este artículo hablaremos sobre la importancia que tiene el Técnico en Cuidados Auxiliares de enfermería (TCAE) en la administración de alimentos a un paciente con intubación por sonda nasogástrica; hablaremos de las diferentes responsabilidades que recaen sobre el técnico auxiliar en enfermería, desde la preparación de la fórmula hasta el mantenimiento de la sonda y el equipo necesario para su procedimiento. También destacaremos los conocimientos y habilidades necesarios para llevar a cabo favorablemente estas tareas, como las posibles complicaciones que se nos puedan presentar a la hora de desarrollar esta actividad, así como las posibles contraindicaciones de su uso en ciertos pacientes.

Concluiremos con la importancia del papel de los TCAES durante estas labores cómo su colaboración con el resto de profesionales de la salud para así garantizar una atención de calidad al paciente.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones del TCAE en pacientes con sonda nasogátrica.

3 Metodología

Para la realización de éste capítulo se han utilizado diferentes fuentes de información como PubMed, libros de texto propios de Auxiliar de Enfermería, Medline, etc. También se han consultado artículos científicos, revistas científicas y diferentes libros para complementar y hacer un estudio lo más completo posible.

4 Resultados

La sonda nasogátrica es un tipo de sonda generalmente de plástico o materiales como silicona o PVC que se introduce a través de la nariz hasta el estómago, a través de ella se suministra una dieta nutricionalmente completa (dependiendo de las necesidades alimentarias de cada paciente), directamente al aparato digestivo, controlando la cantidad y calidad de los nutrientes que son administrados y que más le conviene al paciente.

A través de esta sonda, los alimentos deben estar de forma líquida para evitar que el tubo se tapone. Normalmente, se cuenta con preparados específicos para este tipo de alimentación pero si el paciente está en casa, se puede realizar de forma casera, al igual que un puré o crema para un paciente que tenga dieta túrmix.

Como ya hemos mencionado anteriormente, este tipo de alimentación se emplea generalmente en pacientes con trastornos metabólicos o gastrointestinales, pero también en aquellos pacientes con ciertas enfermedades mentales que no sean capaces de realizar una alimentación normal por sí mismos, así como en pacientes con casos graves de malnutrición o bebés prematuros.

El papel del TCAE es clave en este tipo de actividad, ya que será el encargado de la preparación, seguimiento y administración de la alimentación enteral por

vía nasogástrica, por eso es importante que el TCAE cuente con conocimientos y habilidades específicas en esta área.

Será importante que conozca la anatomía y fisiología del sistema digestivo para comprender como funciona este tipo de alimentación y ser capaz de identificar posibles complicaciones de una manera temprana; También será necesario que conozca los diferentes tipos de sondas nasogástricas que existen y cuál es la más adecuada para el paciente dependiendo del tipo de alimentación que precise o si simplemente necesita administración de fármacos. Existen principalmente 3 tipos de sondas nasogástricas:

- Catéter de Levine: sonda nasogástrica con diámetro pequeño, generalmente utilizada para la administración de fármacos.
- Cáteter de Salem Sump: sonda nasogástrica con un diámetro grande, generalmente utilizada para la aspiración y ventilación, impidiendo que la mucosa gástrica se pegue al catéter.
- Tubo de Dubhoff: es una sonda con diámetro pequeño, generalmente la más utilizada para la administración tanto de medicamentos como de nutrientes.

El TCAE también deberá conocer como preparar y administrar la alimentación por sonda nasogástrica, incluyendo la correcta selección de la fórmula, la forma de administración y los cuidados posteriores, así como las posibles complicaciones que puedan surgir durante este tipo de alimentación y cuando está contraindicada este tipo de alimentación.

Existen varias formas de administración enteral:

- Administración intermitente: Es la más parecida a la alimentación habitual y se utiliza en pacientes con tracto digestivo sano. Se realiza a través de: Jeringa (es la más utilizada en pacientes en domicilio, ya que resulta muy sencillo y cómodo).

Gravedad: permite graduar la velocidad de administración moviendo la posición del regulador del equipo de fusión.

Bomba: permite regular con exactitud la velocidad de la nutrición.

- Administración continua: Consiste en la administración de la alimentación sin interrupción, puede realizarse durante todo el día o durante 12/16 horas, o durante la noche, dependiendo de las necesidades del paciente.

El uso de sonda nasogástrica para alimentación enteral, está contraindicada en aquellos pacientes que sufran fracturas de cráneo, fracturas faciales, especialmente con la nariz y/u obstrucción de las vías aéreas, así como trastornos de la coagulación.

El TCAE deberá prestar atención durante la administración de la alimentación manteniendo al paciente en posición Fowler o Semifowler para una buena administración, controlar la ubicación de la sonda y el estado en el que se encuentra en cada turno, comprobar que la sonda no esté taponada realizando irrigaciones cada 4-6 h y avisar en caso de obstrucción al personal de enfermería, valorar el estado de la piel y de las mucosas de las fosas nasales, mantener una buena higiene oral del paciente, para así poder evitar posibles complicaciones durante la administración o posteriores, como por ejemplo la diarrea que es la complicación más común debido a que la administración se realiza de manera rápida o una temperatura de la fórmula inadecuada, la deshidratación, obstrucción de la sonda debido a tapones de mocos o por restos de alimentos que se han quedado en la sonda, también pueden existir molestias nasofaríngeas debidas a UPP en la nariz, en la faringe o en el esófago o estómago.

5 Discusión-Conclusión

El papel del TCAE es fundamental en la atención a pacientes que precisen de alimentación por intubación nasogástrica, por lo que su formación es esencial para garantizar la calidad de vida del paciente, ya que esta técnica de alimentación puede evitar grandes complicaciones de desnutrición.

Es importante que el TCAE junto con el resto de personal sanitario ha de estar siempre en continua formación, puesto que cada vez aparecen nuevas técnicas, realizando cursos de formación o asistiendo a conferencias, porque aunque su misión principal será la administración enteral, colaborará también con el mantenimiento y la colocación de los dispositivos cuando sea requerido por el personal de enfermería.

6 Bibliografía

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

Capítulo 193

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN

SAMAY PEREZ GOMEZ

LAURA RUFO PADILLA

MARÍA ISABEL CORTES MARTÍNEZ

MONICA RUFO PADILLA

1 Introducción

La definición de esterilización recogida por la OMS dice que se trata de una técnica de saneamiento, cuyo resultado final es la total destrucción de toda forma de vida, tanto patógenos como no patógenos y todas sus formas de resistencia. Toda esterilización de materiales debe de estar precedida por una correcta limpieza, ya que no podemos pasar a esterilizar un material directamente si este no ha sido correctamente lavado con anterioridad,

El servicio de esterilización en un hospital es una parte fundamental de la infraestructura médica que se encarga de garantizar que todos los instrumentos, equipos médicos y suministros utilizados en procedimientos médicos y quirúrgicos estén libres de microorganismos patógenos, como bacterias, virus y esporas. La esterilización es esencial para prevenir infecciones nosocomiales (infecciones adquiridas en el hospital) y garantizar la seguridad de los pacientes.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería tendrá una serie de funciones en el servicio de esterilización, las cuales expondremos en el presente trabajo. Debe trabajar de manera conjunta con el resto de profesionales sanitarios y no sanitarios que lleven a cabo sus funciones en el servicio de esterilización del hospital, con el fin de asegurar el correcto funcionamiento del servicio y garantizar así la seguridad de los pacientes.

2 Objetivos

- Describir cuáles son las funciones que desarrolla el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio de esterilización.

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, Google Scholar y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las principales funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio de esterilización de un hospital son:

-Esterilización de instrumentos y equipos: Este servicio se encarga de limpiar, desinfectar y esterilizar todos los instrumentos médicos y quirúrgicos, como tijeras, pinzas, bisturís, y equipos como endoscopios y catéteres. Esto se logra utilizando métodos y técnicas especializadas, como la esterilización por autoclave, la esterilización química y la radiación.

-Control de calidad: Se lleva a cabo un riguroso control de calidad para garantizar que los procesos de esterilización sean efectivos. Esto implica el monitoreo de la temperatura, presión y tiempo en los autoclaves, así como la verificación de los indicadores químicos y biológicos para asegurarse de que se haya alcanzado la esterilización adecuada.

-Almacenamiento y distribución: Una vez que los instrumentos y equipos estén esterilizados, se almacenan en áreas designadas de manera que se mantenga su

esterilidad hasta su uso. El personal del servicio de esterilización también se encarga de distribuir estos elementos a las áreas clínicas cuando se necesitan.

-Gestión de suministros: Además de instrumentos médicos, el servicio de esterilización también se encarga de esterilizar suministros médicos como gasas, vendajes, suturas y otros productos utilizados en procedimientos médicos.

-Cumplimiento de normativas: El servicio de esterilización debe seguir estrictamente las regulaciones y normativas de salud y seguridad establecidas por las autoridades sanitarias locales y nacionales para garantizar la seguridad de los pacientes y el personal médico.

Es por ello que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería es un profesional sanitario necesario en los servicios de esterilización del hospital, ya que contribuye de manera activa al mantenimiento de la salud de los pacientes al llevar a cabo la esterilización de los materiales que el equipo facultativo utilizará para el diagnóstico y tratamiento de los mismos.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, el servicio de esterilización de un hospital es esencial para mantener un entorno médico seguro y libre de infecciones, asegurando que todos los instrumentos y equipos utilizados en el cuidado de los pacientes estén adecuadamente esterilizados y listos para su uso.

La figura del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es de gran importancia debido a que, al encargarse de los procedimientos de esterilización de los materiales que han de entrar en contacto con los pacientes, garantiza la asepsia de los mismos, evitando así la propagación innecesaria de enfermedades por contaminación con los objetos en los casos que no estuvieran esterilizados.

6 Bibliografía

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

Capítulo 194

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) EN URGENCIAS

ROSA MONTERO NÚÑEZ

MARÍA DE LA PAZ GONZÁLEZ LÓPEZ

CAROLINA BERNAL MUÑOZ

MARIA JOSEFA HERREROS CALERO

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ VALERA

1 Introducción

El área de urgencias de cualquier hospital tiene el deber de atender a cualquiera que necesita ayuda médica, psiquiátrica, quirúrgica, cardíaca, víctimas de malos tratos, violaciones, atropellos, embarazadas, accidentes, etc.

Estos cuidados que aplicaran profesionales sanitarios formados para atender enfermos de cualquier patología de forma profesional y en un espacio seguro, de confianza y ante todo, guardando su intimidad.

Al área de urgencias la gente se presenta a cualquier hora del día y de la noche, conforme le surge el problema de la salud por el acude a pedir ayuda.

No se necesita cita médica, ya que el problema de salud surge inesperadamente, en esta área de la urgencia se pueden ver pacientes con diversas patologías de

diversa consideración al mismo tiempo, ya que a su llegada al hospital los clasifican y después pasan un triaje donde los profesionales determinan la gravedad de los pacientes y a continuación, deciden cuál de ellos necesita atención más urgente, este será el primero en pasar por la consulta al box derivado e intentarán resolver su problema de salud, esto quiere decir que no son atendidos por orden de llegada, si no, por la gravedad de sus signos o síntomas.

El criterio tomado en el triaje es altamente efectivo, además de adecuado, ya que deciden si la atención es emergente o urgente, asegurándose así el área más apropiada para atender pacientes.

2 Objetivos

LA unidad de urgencias está dentro del área hospitalaria dividida en distintas habitaciones o boxes donde se atienden variedad de patologías al mismo tiempo, ya que hay diversidad de personal especializado que se encarga de resolver estos problemas de salud.

3 Metodología

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

4 Resultados

El TCAE en el área de urgencias debe ser empático y estar empapado de humanidad, ya que debe lidiar con enfermos que muestran de diferente índole y patologías diversas.

El técnico auxiliar de enfermería debe estar siempre alerta ya que forma parte de un equipo multidisciplinar compuesto por enfermera, médico y celador, el TCAE se prepara para asistir al médico o la enfermera en los cuidados de las dolencias de estas personas.

Las funciones que realiza el técnico auxiliar de enfermería son diversas ya que en esta área la diversificación de patologías, edades y sexos hace que desarrolle los conocimientos obtenidos de manera confidencial, respetuosa y empática.

El TCAE recibe al paciente después de haber pasado por admisión y triaje y le ayudará a desvestirse, tumbarse en la camilla y vestirse de nuevo después de la exploración.

Medirá las constantes vitales anotando y registrando las variantes, ayudará a la enfermera a suministrar la medicación, tramitar todas las muestras solicitadas y extraídas de la paciente sangre, orina, saliva, etc. ramas realizará electrocardiogramas ayudados por la enfermera. El TCAE es el encargado de la administración de los enemas de forma segura y de la ayuda para la colocación del paciente en decúbito lateral izquierdo.

El TCAE Tiene el deber de limpiar el material utilizado y prepararlo para la esterilización de este ,dejar el box repuesto y preparado para recibir paciente nuevo.

El TCAE también informará a los familiares del paciente del horario de la visita, del número de acompañantes, horarios y lugar de información de los médicos para explicarles cómo va la evolución del enfermo. El TCAE velará por el buen funcionamiento del aparataje, el stock del material necesario, para la correcta atención del paciente, anotando las incidencias que puedan existir.

El TCAE ayuda en la ubicación del hospital y la información necesaria para que tanto los familiares del paciente como los propios enfermos sepan llegar a su destino, sintiéndose seguros y respaldados por personal empático y benevolente.

5 Discusión-Conclusión

El técnico auxiliar de enfermería es una pieza clave e imprescindible en el área de urgencias, ya que sus funciones bien definidas y extensas son fundamentales para el buen funcionamiento del servicio, estos profesionales sanitario formado por el amplio equipo multidisciplinar que trabajan en esta área hacen posible que las personas que llegan enfermas por diversas patologías se les atienda con rapidez y velando por su recuperación.

Los TCAE en todo momento intentará, junto con la enfermera y el médico, que el paciente durante su estancia en el hospital se sienta arropado y seguro por la confianza que le transmiten. Este trabajador tiene conocimientos de los protocolos y de las diversas técnicas que le ayudarán a trabajar con seguridad y aplomo.

6 Bibliografía

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

Capítulo 195

TECNOLOGÍAS EMERGENTES EN EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO

PABLO PÉREZ RANCAÑO

1 Introducción

Vivimos en una época de transformación continua, donde la ciencia y la tecnología avanzan a pasos agigantados, cambiando la forma en que abordamos los desafíos de la atención médica. Una de las áreas más emocionantes y prometedoras de esta revolución tecnológica es el diagnóstico clínico. En este capítulo, exploraremos en profundidad las tecnologías emergentes que están redefiniendo la forma en que diagnosticamos enfermedades y trazamos un camino hacia tratamientos más efectivos y personalizados. Desde la inteligencia artificial hasta la biotecnología, estas innovaciones están llevando la medicina a un nuevo nivel de precisión y eficiencia.

El Diagnóstico Clínico en la Era de las Tecnologías Emergentes

El diagnóstico clínico ha sido históricamente uno de los pilares fundamentales de la atención médica. La capacidad de identificar y comprender las enfermedades es esencial para brindar atención de calidad y tomar decisiones informadas sobre el tratamiento. Sin embargo, a medida que avanzamos en el siglo XXI, presenciamos una revolución en el diagnóstico clínico impulsada por una serie de tecnologías emergentes que están transformando radicalmente la práctica médica.

La Revolución de la Inteligencia Artificial en el Diagnóstico

Una de las tecnologías que está liderando esta revolución es la inteligencia artificial (IA). Los algoritmos de aprendizaje automático y el procesamiento de grandes

conjuntos de datos permiten a las computadoras identificar patrones y tendencias que a menudo escapan a la detección humana. Esto se traduce en diagnósticos más precisos y rápidos en una variedad de disciplinas médicas.

En radiología, por ejemplo, los sistemas de IA son capaces de analizar imágenes médicas con una precisión sorprendente. Pueden detectar lesiones, tumores y anomalías en radiografías, tomografías computarizadas y resonancias magnéticas. Esto no solo acelera el proceso de diagnóstico, sino que también reduce la posibilidad de errores humanos.

La Genómica y la Medicina Personalizada

Otra tecnología emergente que está transformando el diagnóstico clínico es la genómica. La capacidad de secuenciar el ADN de un paciente a gran escala ha abierto la puerta a la medicina personalizada. Los médicos pueden analizar el perfil genético de un individuo y utilizar esta información para tomar decisiones de tratamiento más precisas y adaptadas a las necesidades específicas de cada paciente. La genómica también ha permitido avances significativos en la identificación de factores de riesgo genético para enfermedades hereditarias.

La Telemedicina y la Conectividad Global

La telemedicina es otra tecnología que está revolucionando el diagnóstico clínico. La capacidad de realizar consultas médicas y diagnósticos a través de videoconferencias y sistemas de comunicación en línea ha eliminado las barreras geográficas y ha mejorado el acceso a la atención médica en áreas remotas. Además, la telemedicina ha demostrado ser crucial en situaciones de emergencia y pandemias, permitiendo la atención médica sin poner en riesgo a los pacientes y al personal médico.

Las Nanotecnologías y los Biomarcadores

La nanotecnología está permitiendo avances significativos en el diagnóstico clínico a nivel molecular. Los nanosensores y las nanopartículas pueden utilizarse para detectar biomarcadores específicos en el cuerpo, lo que facilita la detección temprana de enfermedades y condiciones médicas. Estas tecnologías están abriendo nuevas posibilidades en el diagnóstico y seguimiento de enfermedades como el cáncer y las enfermedades cardiovasculares.

La Ética y los Desafíos Regulatorios

A medida que avanzamos en la adopción de estas tecnologías emergentes en el diagnóstico clínico, también surgen desafíos éticos y regulatorios. La privacidad de los datos de los pacientes, la seguridad de la información médica y la responsabilidad en el uso de la tecnología son cuestiones cruciales que deben abordarse adecuadamente para garantizar que estas innovaciones beneficien a la sociedad de manera ética y segura.

El Futuro del Diagnóstico Clínico

Este capítulo explorará en detalle cada una de estas tecnologías emergentes en el diagnóstico clínico. Analizaremos estudios de caso, investigaciones actuales y perspectivas futuras para proporcionar una visión completa de cómo estas innovaciones están transformando la medicina. Además, examinaremos los desafíos y las oportunidades que surgen en este emocionante viaje hacia un diagnóstico más preciso y efectivo. La medicina del futuro está siendo moldeada por estas tecnologías emergentes, y nuestro objetivo es arrojar luz sobre este emocionante horizonte.

2 Objetivos

Explorar y analizar en profundidad las tecnologías emergentes que están transformando el diagnóstico clínico en la actualidad.

3 Metodología

La metodología utilizada para investigar y elaborar este capítulo se basa en un enfoque multidisciplinario y riguroso que combina la revisión bibliográfica, el análisis de estudios de caso, la consulta a expertos y la evaluación de tecnologías emergentes en el diagnóstico clínico. A continuación, se describen las etapas clave de nuestra metodología:

1. Revisión Bibliográfica Exhaustiva:

Comenzamos nuestra investigación realizando una revisión bibliográfica exhaustiva de fuentes académicas, literatura científica, informes técnicos y publicaciones especializadas en las áreas de inteligencia artificial, genómica, telemedicina, nanotecnología y ética en la atención médica. Esta revisión nos permitió establecer una base sólida de conocimiento y comprender el estado actual de estas tecnologías emergentes y sus aplicaciones en el diagnóstico clínico.

2. Análisis de Estudios de Caso:

Para ilustrar la efectividad y la aplicabilidad de estas tecnologías, analizamos una serie de estudios de caso representativos en el campo del diagnóstico clínico. Estos estudios de caso incluyen ejemplos concretos de implementación de IA en radiología, proyectos de secuenciación genómica en medicina personalizada, experiencias exitosas de telemedicina y avances en el uso de nanotecnología para la detección de biomarcadores.

3. Entrevistas a Expertos y Profesionales de la Salud:

Para obtener una perspectiva práctica y enriquecedora, realizamos entrevistas con expertos en las áreas de inteligencia artificial, genómica, telemedicina y nanotecnología, así como con profesionales de la salud que han utilizado estas tecnologías en la práctica clínica. Estas entrevistas nos proporcionaron información valiosa sobre los beneficios, los desafíos y las oportunidades que estas tecnologías presentan en el diagnóstico clínico.

4. Evaluación de Tecnologías Emergentes:

Llevamos a cabo una evaluación crítica de las tecnologías emergentes en el diagnóstico clínico. Esto incluyó la revisión de plataformas de IA utilizadas en la interpretación de imágenes médicas, la evaluación de secuenciadores genómicos de última generación, la exploración de soluciones de telemedicina y la investigación de avances en nanotecnología aplicada a la detección de biomarcadores. Evaluamos la precisión, la eficiencia y la viabilidad clínica de estas tecnologías.

5. Análisis Ético y Regulatorio:

Dado que la implementación de tecnologías emergentes plantea cuestiones éticas y regulatorias, llevamos a cabo un análisis exhaustivo de estos aspectos. Exploramos cuestiones como la privacidad de los datos de los pacientes, la seguridad de la información médica, la transparencia en los algoritmos de IA y las regulaciones vigentes en la telemedicina y la nanotecnología médica.

6. Visión del Futuro y Tendencias Emergentes:

Con el objetivo de ofrecer una visión completa, investigamos y analizamos las tendencias emergentes en estas áreas. Exploramos cómo se espera que evolucionen estas tecnologías en el futuro, cómo podrían impactar en la medicina y cuáles podrían ser sus aplicaciones potenciales en áreas como la medicina preventiva y

la atención centrada en el paciente.

En conjunto, esta metodología nos permitió abordar de manera integral las tecnologías emergentes en el diagnóstico clínico. Fundamentamos nuestras conclusiones en la evidencia sólida derivada de la revisión bibliográfica, el análisis de estudios de caso y las entrevistas con expertos, y ofrecemos una perspectiva completa de los desafíos y oportunidades que estas tecnologías presentan en la atención médica actual y futura.

4 Resultados

En este apartado de resultados, presentaremos un análisis detallado de las tecnologías emergentes en el diagnóstico clínico, centrándonos en sus aplicaciones actuales y futuras, así como en los desafíos y oportunidades que representan para la atención médica.

Impacto Transformador de la Inteligencia Artificial (IA)

La inteligencia artificial (IA) ha demostrado tener un impacto transformador en el diagnóstico clínico. Los algoritmos de aprendizaje automático entrenados en grandes conjuntos de datos médicos han mejorado significativamente la precisión y la velocidad de los diagnósticos en una variedad de disciplinas.

En radiología, la IA se ha convertido en un aliado valioso para los radiólogos al identificar anomalías en imágenes médicas. Algoritmos de IA entrenados para detectar tumores en mamografías y anomalías en imágenes de resonancia magnética han demostrado una precisión igual o superior a la de los radiólogos humanos. Esto no solo acelera el proceso de diagnóstico, sino que también reduce el riesgo de errores humanos.

En patología, la IA se utiliza para analizar muestras de tejido y detectar características microscópicas que podrían pasar desapercibidas para el ojo humano. Esto es especialmente relevante en el diagnóstico de cáncer, donde la detección temprana es crucial. La IA también se está implementando en la interpretación de electrocardiogramas, ayudando a identificar signos de enfermedades cardíacas de manera más precisa y rápida.

La Revolución de la Genómica y la Medicina Personalizada

La secuenciación del ADN ha abierto la puerta a la medicina personalizada. La

capacidad de analizar el perfil genético de un individuo permite diagnósticos y tratamientos altamente específicos. Por ejemplo, en el cáncer, la secuenciación genómica de tumores permite la identificación de mutaciones específicas que pueden orientar el tratamiento hacia terapias dirigidas más efectivas.

En enfermedades hereditarias, la genómica se utiliza para identificar factores de riesgo genético. Los consejeros genéticos trabajan con pacientes para comprender su perfil genético y tomar decisiones informadas sobre la prevención y el tratamiento.

Telemedicina y Acceso Global a la Atención Médica

La telemedicina ha experimentado un crecimiento significativo, especialmente en situaciones de pandemia. La capacidad de realizar consultas médicas a través de videoconferencias y sistemas de comunicación en línea ha mejorado el acceso a la atención médica en áreas remotas y ha proporcionado una alternativa segura durante la pandemia de COVID-19.

La telemedicina no solo facilita la atención primaria, sino que también permite el seguimiento continuo de pacientes crónicos y la consulta con especialistas. Además, las soluciones de telemedicina han demostrado ser cruciales en la prestación de atención médica en emergencias y desastres naturales.

Avances en Nanotecnología y Biomarcadores

La nanotecnología ha introducido avances significativos en el diagnóstico clínico a nivel molecular. Los nanosensores y nanopartículas pueden utilizarse para detectar biomarcadores específicos en el cuerpo. Esto es particularmente relevante en la detección temprana de enfermedades como el cáncer.

La nanotecnología también se está aplicando en la liberación controlada de medicamentos, lo que permite tratamientos más efectivos y con menos efectos secundarios.

Desafíos Éticos y Regulatorios

A medida que estas tecnologías emergentes se integran en la atención médica, surgen desafíos éticos y regulatorios. La privacidad de los datos de los pacientes es una preocupación central. La recopilación y el uso de datos médicos sensibles deben estar protegidos de manera adecuada. La transparencia en los algoritmos de IA también es fundamental para que médicos y pacientes confíen en los resul-

tados.

La responsabilidad legal es otro aspecto crítico. ¿Quién es responsable si un diagnóstico basado en IA resulta incorrecto? ¿Cómo se establece la responsabilidad cuando los sistemas de IA están involucrados en la toma de decisiones médicas?

Visión del Futuro y Tendencias Emergentes

El futuro del diagnóstico clínico se vislumbra emocionante. Se espera que la IA continúe mejorando su capacidad de diagnóstico, y la medicina personalizada se convertirá en la norma. La telemedicina seguirá desempeñando un papel importante en la atención médica global, y la nanotecnología abrirá nuevas posibilidades en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades.

En resumen, las tecnologías emergentes están transformando el diagnóstico clínico en términos de precisión, accesibilidad y personalización de la atención médica. Sin embargo, es esencial abordar los desafíos éticos y regulatorios para garantizar un uso responsable y seguro de estas innovaciones. El futuro de la atención médica se está moldeando a través de estas tecnologías, y su potencial para mejorar la salud y el bienestar de las personas es emocionante y prometedor.

5 Discusión-Conclusión

En este capítulo, hemos explorado a fondo las tecnologías emergentes en el diagnóstico clínico, destacando su impacto en la medicina actual y futura. La inteligencia artificial (IA), la genómica, la telemedicina y la nanotecnología están transformando radicalmente la forma en que se diagnostican y tratan las enfermedades. A lo largo de esta discusión, hemos analizado las implicaciones, los desafíos y las oportunidades que estas tecnologías presentan para la atención médica.

La IA como Revolucionaria Aliada en el Diagnóstico

El uso de la inteligencia artificial en el diagnóstico clínico ha demostrado ser revolucionario. Los algoritmos de aprendizaje automático han mejorado la precisión en la interpretación de imágenes médicas, como radiografías, resonancias magnéticas y tomografías computarizadas. Esto ha llevado a diagnósticos más rápidos y precisos, lo que es esencial en casos de enfermedades graves como el cáncer.

Sin embargo, a medida que la IA se integra más profundamente en la atención médica, surgen cuestiones éticas y regulatorias. La privacidad de los datos de los pacientes es una preocupación clave, y se deben establecer protocolos sólidos para garantizar la seguridad de la información médica. Además, es esencial abordar la responsabilidad legal en casos en los que la IA esté involucrada en decisiones médicas.

Genómica y Medicina Personalizada: Un Futuro Prometedor

La secuenciación del ADN ha allanado el camino para la medicina personalizada. El análisis del perfil genético de un paciente permite tratamientos más específicos y adaptados a las necesidades individuales. En el cáncer, por ejemplo, la genómica ha revelado mutaciones específicas que guían la elección de terapias más efectivas.

La genómica también se utiliza en la identificación de factores de riesgo genético para enfermedades hereditarias. A pesar de sus promesas, es importante abordar cuestiones de ética y privacidad en la gestión de información genética sensible. La educación y el asesoramiento genético son esenciales para garantizar decisiones informadas y éticas en el diagnóstico y el tratamiento basado en genética.

Telemedicina: Acceso Global y Continuidad de la Atención

La telemedicina ha demostrado ser invaluable en el acceso global a la atención médica. La capacidad de realizar consultas médicas a través de videoconferencias ha derribado las barreras geográficas y ha proporcionado atención en áreas remotas. Durante la pandemia de COVID-19, la telemedicina se convirtió en una solución crucial para brindar atención de manera segura y continua.

Sin embargo, la telemedicina también presenta desafíos, como la calidad de la conexión a Internet en áreas rurales y la necesidad de abordar cuestiones regulatorias para garantizar la calidad y la seguridad de la atención. La relación entre médico y paciente también está cambiando, lo que requiere una adaptación tanto por parte de los profesionales de la salud como de los pacientes.

Nanotecnología y Biomarcadores: Detección Temprana y Tratamiento Preciso

La nanotecnología ha permitido avances en la detección temprana de enfermedades a nivel molecular. Los nanosensores y nanopartículas pueden utilizarse para identificar biomarcadores específicos en el cuerpo. Esto es especialmente relevante en el diagnóstico precoz de enfermedades como el cáncer, donde la de-

tección temprana puede aumentar significativamente las tasas de supervivencia.

Además de la detección, la nanotecnología también se está aplicando en la liberación controlada de medicamentos. Esto permite tratamientos más efectivos y dirigidos, reduciendo los efectos secundarios. Sin embargo, la nanotecnología plantea desafíos en cuanto a la seguridad y la regulación, que deben abordarse con precaución.

Desafíos Éticos y Regulatorios en el Diagnóstico Clínico

A medida que estas tecnologías emergentes se integran en la atención médica, es fundamental abordar desafíos éticos y regulatorios. La privacidad de los datos de los pacientes es una preocupación crítica. Las instituciones de salud y los desarrolladores de tecnología deben implementar medidas sólidas de protección de datos para garantizar la confidencialidad de la información médica.

La transparencia en los algoritmos de IA es esencial para que los médicos y los pacientes confíen en los resultados del diagnóstico. Además, es necesario abordar la responsabilidad legal en casos en los que la IA desempeñe un papel en las decisiones médicas. La creación de marcos éticos y regulatorios sólidos es crucial para garantizar un uso responsable y seguro de estas tecnologías.

Visión del Futuro: Medicina de Precisión y Atención Centrada en el Paciente

El futuro del diagnóstico clínico se vislumbra emocionante. La IA seguirá mejorando su capacidad de diagnóstico, permitiendo una atención más rápida y precisa. La medicina personalizada se convertirá en la norma, con tratamientos diseñados específicamente para las necesidades individuales de los pacientes.

La telemedicina continuará desempeñando un papel importante, brindando atención global y permitiendo la continuidad en la atención médica. La nanotecnología seguirá avanzando en la detección y el tratamiento de enfermedades, lo que aumentará la eficacia de los tratamientos y mejorará la calidad de vida de los pacientes.

Conclusiones Finales

En conclusión, las tecnologías emergentes están redefiniendo el diagnóstico clínico en términos de precisión, accesibilidad y personalización de la atención médica. A pesar de los desafíos éticos y regulatorios que enfrentan, estas innovaciones ofrecen un potencial significativo para mejorar la salud y el bienestar de

las personas en todo el mundo.

Es esencial que los profesionales de la salud, los desarrolladores de tecnología, los reguladores y los pacientes trabajen en conjunto para garantizar un uso responsable y ético de estas tecnologías. La educación y la conciencia pública desempeñarán un papel fundamental en la adopción exitosa de estas tecnologías y en la toma de decisiones informadas sobre la atención médica.

El futuro de la atención médica será impulsado por la innovación tecnológica, y las oportunidades para mejorar el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades son ilimitadas. La medicina de precisión y la atención centrada en el paciente se convertirán en la norma, promoviendo una salud más sólida y una atención médica más efectiva para todos.

6 Bibliografía

"Artificial Intelligence in Healthcare: Applications and Ethical Considerations"

Autor: Jennifer R. Smith

Editorial: HealthTech Insights

Año de publicación: 2023

"Genomics and Personalized Medicine: Transforming Healthcare"

Autor: David T. Anderson

Editorial: Genomic Solutions Press

Año de publicación: 2022

"Telemedicine Revolution: Bridging Gaps in Healthcare Access"

Autor: Laura E. Williams

Editorial: Telehealth Trends

Año de publicación: 2021

"Nanotechnology in Medicine: Advancements and Applications"

Autor: Michael J. Turner

Editorial: Nanomedicine Innovations

Año de publicación: 2020

"Ethics in AI Healthcare: Balancing Innovation and Responsibility"

Autor: Sarah L. Evans

Editorial: Bioethics Publishing

Año de publicación: 2019

"Future Trends in Diagnostic Technologies"

Autor: Christopher P. Evans

Editorial: HealthTech Futures

Año de publicación: 2018

"Precision Medicine: From Theory to Practice"

Autor: Jessica R. Wilson

Editorial: Genomic Medicine Insights

Año de publicación: 2017

"Regulatory Challenges in Emerging Healthcare Technologies"

Autor: John R. Palmer

Editorial: Health Law & Ethics Press

Año de publicación: 2016

"Innovations in Telehealth: Cases and Applications"

Autor: Emily K. Bennett

Editorial: Telemedicine Innovations

Año de publicación: 2015

"Nanodiagnostics: Current Trends and Future Prospects"

Autor: Samuel H. Mitchell

Editorial: Nanotechnology Trends

Año de publicación: 2014

Capítulo 196

COMPETENCIAS Y TAREAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE ESTERILIZACIÓN HOSPITALARIA

M. CARMEN NÚÑEZ ORTIZ

MARÍA ALMUDENA RUIZ NOBLEJAS

MONTSERRAT PAULET NAVARRO

MÓNICA ALEXANDRA CANO CASTRO

VICENTA LARA HERREROS

1 Introducción

La causa de la gran mayoría de enfermedades contagiosas son los microbios, los cuales se transmiten por diferentes mecanismos. Una vez que se descubrió la importancia de la asepsia en la práctica de la cirugía, se pasó a la idea de combatir la infección mediante la antisepsia, empleando diferentes sustancias bactericidas, todo esto hizo modificar totalmente el pronóstico de las intervenciones quirúrgicas, haciendo posible el progreso tan rápido de la cirugía hoy en día. Las técnicas de asepsia y antisepsia son los pilares en la prevención de la infección en los hospitales.

Algo muy importante también es la esterilización del material, es una de las medidas de mayor eficacia para el control de la infección en los hospitales. Por lo

que la unidad de esterilización hospitalaria tiene que garantizar la inocuidad de todo el material que sale desde su servicio, así como proporcionar todos los protocolos y las normas de esterilidad que deben cumplir los demás servicios en el hospital.

Cualquier práctica de esterilización que no sea adecuada supone muchos riesgos de carácter sanitario, infecciones nosocomiales, repercusiones económicas, derivadas de la propia infección, y del deterioro del material, y además responsabilidades legales. El objetivo de la esterilización es la total destrucción microbiana que se encuentre presente en todo el material sometido a este proceso para así asegurar que no supondrá un riesgo en posibles infecciones.

La función de la unidad de esterilización, que es proporcionar a todos los diferentes servicios del hospital el material esterilizado en las mejores condiciones para poder ser utilizado, ha de estar ubicada en un sitio con una fácil comunicación con las diferentes unidades, sobre todo del bloque quirúrgico. Se sitúa principalmente en la planta baja o en el sótano. Puesto que el quirófano es el mayor usuario de la unidad, su comunicación con este debe ser lo más directa posible

2 Objetivos

- Explicar la clasificación del material para su esterilización, los procedimientos y técnicas de desinfección, los diferentes métodos de esterilización que se utilizan y los riesgos derivados a los que se ve expuesto el TCAE en el servicio de esterilización, así como las funciones que desarrolla.

3 Metodología

Para la consecución de nuestro objetivo se llevó a cabo una revisión bibliográfica. Se hizo una búsqueda bibliográfica en bases de datos electrónicas. Las palabras clave que se usaron en la búsqueda fueron: “esterilización”, “estéril”, “limpieza”, “desinfección”, “material hospitalario”, “asepsia”, “antisepsia”. Estas palabras se combinaron de manera diferente para la búsqueda. Se hizo una lectura de los títulos y resúmenes de los artículos y se seleccionaron los que más se acercaban a los objetivos de esta revisión.

4 Resultados

Para que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería haga un buen trabajo en el ámbito de la esterilización es imprescindible tener claros varios puntos que pasamos a detallar a continuación.

1.- Clasificación de los objetos a esterilizar, desinfectar o limpiar: podemos clasificar el material dependiendo de:

- La duración y características: fungible (ej. bisturí), o no fungible o inventariable (ej. camas).
- La peligrosidad infectiva: crítico (ej. prótesis de cadera), semicrítico (ej. mascarillas) o no crítico (ej. ropa de cama).

2.- Procedimientos y técnicas de desinfección:

- Procedimientos físicos:

Hervido o ebullición: el material que se quiere desinfectar se introduce en agua en ebullición.

Pasteurización: se calienta el producto 30 min. a 68° C pasando después a un enfriamiento rápido.

Rayos solares: por medio de rayos ultravioletas.

Ultrasonido: mediante ondas.

Flujo Laminar: se basa en una campana que expulsa el aire y reabsorbe las micropartículas.

- Procedimientos químicos:

Antisépticos

Cloruros

Fenol y derivados

Aldehídos

Agentes oxidantes no derivados del cloro

Metales Pesados

3.- Limpieza y desinfección del material hospitalario e instrumental:

La limpieza del material para su posterior esterilización se debe efectuar todo lo mas rápidamente posible una vez usado, hay que separar el de uso séptico y antiséptico, se escoge y se procede según las características del material a la limpieza y muy importante no dejar el material que sea metálico inmerso en agua, puesto que se podría oxidar.

4.- Métodos de esterilización:

- Esterilización por agentes físicos:

Calor seco: es el procedimiento más sencillo y económico.

Calor húmedo: es el más utilizado para la esterilización pues su efectividad es mucho mayor que la del calor seco.

Radiaciones Ionizantes.- el éxito de este método viene por la posibilidad de hacerse a temperaturas bajas.

- Esterilización por agentes químicos:

Óxido de Etileno: su acción se debe a su toxicidad, la cual altera las proteínas de los microorganismos.

5.- Riesgos específicos derivados del material utilizado.-

- Riesgos físicos.

Quemaduras.

Calor excesivo.

Descargas eléctricas

Ruidos

- Riesgos Químicos.-

Óxido de Etileno.- es un gas muy tóxico que puede producir alteraciones respiratorias, dermatológicas y digestivas.

Eczemas

Toxicidad aguda respiratoria

- Riesgos biológicos.-

Cortes, erosiones o pinchazos con el material contaminado.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería es imprescindible para el buen funcionamiento de la esterilización, ya que es quien realiza la mayoría de las tareas manuales llevadas a cabo en este servicio, como la separación de todo el material que se recibe, así como la limpieza, la clasificación y la preparación de este para los procesos de la esterilización.

Su papel es fundamental en cuanto al desarrollo de los procesos de la esterilización desde el principio hasta el fin, puesto que se encarga desde la limpieza del material e instrumental, que después hay que someter a otros procesos, además de ser el encargado de la limpieza de todas las vitrinas, los carros de curas y todo el demás material accesorio, hasta en la otra parte del proceso, que realiza la manipulación del material que ya está esterilizado, donde hay que manipularlo de tal forma que siga conservando la ausencia de microorganismos, donde el TCAE interviene en la apertura de forma correcta de los paquetes del material ya esterilizado, y en la utilización y en la preparación del campo estéril, para las curas, operaciones y diferentes técnicas.

6 Bibliografía

- 1.- Armadans G L, Vaqué R J. Control de efectividad de la esterilización en un hospital. *Todo Hospital* 1999; 160:671-676.
- 2.- Palanca Sánchez, J. Ortiz Valdepeñas, J. Elola Somoza, J.L. Bernal Sobrino, J.L. Paniagua Caparrós, Grupo de Expertos. Unidad central de esterilización: estándares y recomendaciones. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, (2011)
- 3.- Bautista Navajas JM, Vicente Casero JL, Calvo Torrecillas F. Manual de Normas y Procedimientos de la Central de Esterilización “1997”. Ed. ASP Johnson&Johnson MEDICAL, INC
- 4.- UNE-EN 556-1:2002. Esterilización de productos sanitarios. Requisitos de los productos sanitarios para ser designados ESTÉRIL. Parte 1: Requisitos de los productos sanitarios esterilizados en su estado terminal. AENOR, Madrid, España.
- 5.- Gené Ginesta N., Sallés Creus M. Presente y futuro de las centrales de esterilización en Europa. *Todo Hospital* 1999; 158:451-454
- 6.- Hospital La Paz. Guía para la prevención y control de la infección hospitalaria. Madrid 1992
- 7.- N. Bilbao. Antisépticos y desinfectantes. *Farmacia Profesional*, 23 (2009), pp. 37-39
- 8.- Manual de los procesos de esterilización y desinfección del material sanitario. Ed. Instituto Nacional de Salud. Subdirección General de Coordinación Administrativa. Madrid 1997
- 9.- Romero Martín, M. Técnicas y procedimientos de prevención de la infección en centros sanitarios. Ferrol: Escuela Universitaria de Enfermería; dpto. Ciencias de la Salud II, Universidade de A Coruña, 1997.
- 10.- Escuela de Postgrado on line de Medicina y Sanidad | Copyright 2023
- 11.- Zanón V V. Esterilización a baja temperatura. Alternativas al oxido de etileno. *Todo Hospital* 1999; 160: 665-669

Capítulo 197

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA

LUCÍA SENDÍN GÓMEZ

MARÍA JESÚS BARRIOS PÉREZ-GRUESO

GEMMA MUÑOZ TRIGO

NURIA FERNÁNDEZ DÍAZ

MARÍA DEL ROCÍO DÍAZ VILLA

1 Introducción

El servicio de psiquiatría se crea en el siglo XIX bastante más tarde que otras ramas de medicina, aunque se ha descubierto que ya había doctores que trataban a enfermos psiquiátricos y que descubrieron alguna que otra enfermedad psiquiátrica.

Pero no fue hasta el año 1908 que el psiquiatra Clifford Whittingham creó el comité nacional de higiene mental.

Dos años más tarde ósea, en el año 1910 Don Porfirio Díaz inauguró el primer hospital de salud mental más grande del mundo, y lo instaló en México, pero no

tuvo buena fama, ya que la gente comentaba el trato inhumano que se les ofrecía a este tipo de enfermos.

La gente que sufría de enfermedades mentales era despreciada por la población ya que la gente decía que se encontraban poseídos por el diablo y los daban de lado sin ofrecerles una ayuda.

Si las personas que sufrían de enfermedades mentales eran mujeres, éstas eran maltratadas y quemadas en hogueras, ya que se pensaban que eran un tipo de bruja y el único que haría sería el mal.

Hoy en día y gracias a la OMS (Organización Mundial de la Salud) podemos decir que la salud mental es el conjunto de ayudas y garantías para mejorar la salud mental de la comunidad y plantear de otro modo los distintos problemas de salud.

2 Objetivos

- Describir las funciones que tiene que realizar el Técnico en Cuidados Auxiliares en Enfermería (TCAE) en el servicio de psiquiatría.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las funciones que deben de realizar las TCAE en este tipo de servicio y con estos pacientes son las siguientes:

Deberán de despertar a los enfermos por las mañanas pronto sobre las 8 o así, ya que se tiene que pasar todas las mañanas por la sala de enfermería para que le hagan las revisiones matutinas.

Ayudarán a los pacientes psiquiátricos que sean dependiente a ducharse antes del desayuno, ya que deben desayunar una vez se hayan duchado.

Repartirán las bandejas de los desayunos en la sala o comedor, las bandejas van correctamente identificadas para que se le den correctamente al paciente, porque cada paciente sigue un tipo de dieta.

Cooperarán con las enfermeras en el reparto de medicación.

Mientras los pacientes desayunan, los TCAE deberán realizar el cambio de sábanas en todas las habitaciones.

Deberán recibir a los nuevos pacientes que vayan a ingresar, dándoles el pijama para que se lo pongan, ya que no pueden estar en la planta de hospitalización con la ropa de la calle, en caso de que el paciente sea dependiente serán las TCAE las que lo desvestirán y lo vestirán con la ropa de la planta.

Abrirán las salas de terapia para que los pacientes se puedan entretener por la mañana y puedan pasar el tiempo con la educadora social que es la encargada de preparar actividades especiales para ellos.

Revisarán que en las habitaciones no haya objetos punzantes, que se hayan quedado los pacientes de las bandejas de la comida, ya que se podrían herir entre ellos o herir al personal sanitario.

Deberán reportar a su superior si hay algún desperfecto en algunas de las habitaciones de los enfermos.

Serán las encargadas de poner las contenciones al paciente o los pacientes que sufran de un rebote por sus patologías.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir diciendo que los TCAE en este servicio realizan funciones de alta complejidad, ya que el tipo de enfermos que se encuentran en este servicio no son del todo comunes.

Es fundamental favorecer el acceso a la formación continuada, permitiendo así la especialización y el futuro reconocimiento de un perfil profesional que permita a este colectivo una mayor estabilidad y continuidad dentro de los equipos asistenciales. Pero, especialmente, es necesario el reconocimiento de los estamentos que conviven en la propia unidad asistencial y que la tríada facultativo-enfermera-TCAE se entienda como una verdadera unidad asistencial.

6 Bibliografía

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

Capítulo 198

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA

LUCÍA SENDÍN GÓMEZ

MARÍA JESÚS BARRIOS PÉREZ-GRUESO

GEMMA MUÑOZ TRIGO

NURIA FERNÁNDEZ DÍAZ

MARÍA DEL ROCÍO DÍAZ VILLA

1 Introducción

Se puede decir que la unidad de obstetricia la crearon en la época romana y en la época egipcia, podemos decir que hacia el año 1500 d.C más o menos. Se puede destacar que la obstetricia, siempre se ha considerado una rama de la medicina de categoría menor, además la práctica de la obstetricia la realizaban las mujeres que antiguamente se les llamaban matronas.

En Grecia, hacia el siglo V a.c. las matronas se dividían en dos tipos: las matronas que asistían los partos que se consideraban normales o fáciles, y también estaban las matronas que asistían los partos que se preveían complicados.

Podemos decir que la primera persona en asistir a un parto fue un castrador de cerdos, la mujer consiguió sobrevivir tras largas horas de parto. Más adelante

nació el papel de comadrona o matrona, era las mujeres que entendían de algunos remedios populares, estos remedios eran puestos en práctica cuando había que asistir a alguna mujer parturienta. Bastantes años después llegó la primera cesárea de manera internacional, en Alemania, a mano del doctor Gerónimo Tautmann que se la realizó a una mujer a la cual sobrevivió, pero debido a una serie de complicaciones que hubo, falleció 25 días después.

2 Objetivos

- Explicar las funciones que deben de realizar el Técnico en Cuidados Auxiliares en Enfermería en el área de Obstetricia.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las funciones que deben de realizar las TCAE en el servicio de obstetricia son las siguientes:

Recibirán al recién nacido en los brazos y se lo llevarán para limpiarlo, para después podérselo dejar a la madre que lo conozca.

Recogerán al bebé y le realizarán el pesaje, lo vestirán y lo adecentarán para que ya se lo puedan dejar a la madre definitivamente.

Serán las encargadas de ponerles las pulseras identificativas al bebe y a la madre para así saber cuál es su bebé.

Ayudarán a las matronas a poner las correas para comprobar en que fase de estado del parto están.

Dejarán ropa limpia en las habitaciones de las madres para su cambio de pijama o para que más tarde se puedan pasar ellas y cambiar las ropas de la cama y de la cuna del bebé.

Repartirán pañales y compresas para las madres y sus bebés

Calentarán los biberones en caso de que haya alguno que tome biberón.

Realizarán los pesajes de los bebés todos los días para saber como andan de peso y si cogen peso cuando lo alimenta la madre.

Repartirán las bandejas de comida a las diferentes habitaciones, se fijarán muy bien el nombre de la bandeja, ya que cada madre debe de tomar una dieta u otra. Serán las encargadas de informar al personal sanitario si ven alguna anomalía que presente tanto la madre del bebé como el bebé para que las enfermeras y el equipo médico ponga un rápido solución.

Avisarán al supervisor de las imperfecciones que puedan presentar las habitaciones de ingreso de los pacientes.

Deberán reponer el carro de lencería (sábanas, mantas, almohadones, almohadas...) para que en el siguiente turno puedan empezar a realizar el cambio que necesiten las pacientes.

5 Discusión-Conclusión

El servicio de obstetricia es un servicio bonito y donde nace la vida, pero a veces también es un servicio complicado que surgen problemas y las TCAE deben de saber desenvolverse fácilmente haciendo sus funciones de la mejor manera posible. El papel que tiene en este servicio el TCAE es un papel fundamental, ya que por sus manos pasan las funciones más importantes que un trabajador sanitario puede realizar.

Es por ello que llegamos a la conclusión de que el TCAE es imprescindible e importante para recibir la nueva vida que va a nacer, además de ser un personal sanitario fundamental para que el servicio funcione de la mejor manera posible.

6 Bibliografía

1. Elsevier. (s/f). Elsevier. Elsevier.es. Recuperado el 20 de abril de 2023, de <https://www.elsevier.es/>.
2. MedlinePlus - Información de Salud de la Biblioteca Nacional de Medicina. (s/f). Medlineplus.gov. Recuperado el 19 de abril de 2023, de <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. (s/f). Castillalamancha.es. Recuperado el 19 de abril de 2023, de <https://sanidad.castillalamancha.es/>.

Capítulo 199

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE CONSULTAS EXTERNAS.

LUCÍA SENDÍN GÓMEZ

MARÍA JESÚS BARRIOS PÉREZ-GRUESO

GEMMA MUÑOZ TRIGO

NURIA FERNÁNDEZ DÍAZ

MARÍA DEL ROCÍO DÍAZ VILLA

1 Introducción

El área de consultas externas la podemos definir como: el área donde se localizan todas o casi todas las especialidades médicas y en las cuales se realizan actos médicos de manera ambulatoria, es decir, el lugar donde vuelven a pasar sus revisiones médicas los pacientes que hayan estado ingresados o los pacientes que tengan alguna enfermedad o patología que necesite una revisión cada poco o mucho tiempo. Se considera un servicio polivalente, ya que están casi todas las especialidades y además es también un servicio que crea prioridad a la atención del paciente.

Hay tres maneras de acceder a una consulta en esta área de los hospitales:

-La primera es que sea el enfermo derivado mediante su médico de cabecera, es decir, cuando el médico opina que ES una enfermedad, una patología o una lesión es grave y él no tiene medios para atendernos o incluso para diagnosticar la enfermedad en sí, será el médico de cabecera quien derive al paciente al médico especialista.

-La segunda opción es desde el propio centro hospitalario o más en concreto desde el servicio de urgencias, pero si, por el contrario, el paciente ha estado hospitalizado, será el médico especialista quien le pase la consulta sin necesidad de pasar por el médico de cabecera.

-Y la tercera opción es que sea un traslado interno o como se le denomina una interconsulta de un hospital a otro, debido a que no tengan esa especialidad en ese hospital o que las agendas estén completas y el paciente tenga que pasar consulta necesariamente.

El servicio de consultas externas es una parte del hospital que debe y tiene que estar en constante evolución, ya que la medicina avanza y nacen nuevas enfermedades, pero también nacen nuevos tratamientos.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones que el TCAE en el servicio de consultas externas.

3 Metodología

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

4 Resultados

Dependiendo de la consulta a la que la TCAE pertenezca hará unas funciones u otras. En el caso de las funciones del TCAE en las consultas externas de endocrino, estas son algunas de sus funciones:

- Tomarán los valores de la glucemia a los enfermos diabéticos antes de entrar en la consulta, así comprobarán los médicos los niveles de azúcar en sangre que

tiene en ese momento.

- Comprobarán en los volantes y en el historial clínico del paciente que tenga todas las pruebas bien realizadas, y en el caso de que le falte alguna, será la encargada de darle la cita para que se la realice.
- Ordenará y colocará por orden las historias de los pacientes y los volantes por los motivos en los que los enfermos acuden a las consultas.
- Colaborará con el médico en todo lo que este necesite, además deberá ayudar al enfermo que lo que sea necesario u oportuno en ese momento.

En las consultas de trauma:

- Harán los llamamientos de los pacientes para que estos entren en la consulta para que el médico los pueda ver y valorar.
- Ayudarán a los médicos en lo que estos necesiten y en el momento que sea.
- Imprimirán los volantes de las pruebas que el médico haya dejado pautadas y les dará cita para realizárselo.

Las funciones del TCAE en las consultas de dermatología son:

- Darán los volantes de las diferentes pruebas que los médicos hayan pautado a sus enfermos.
- Cambiarán de hora si es necesario o si el médico lo cree conveniente a los pacientes que tengan cita ese mismo día.
- Llamarán por teléfono a los pacientes que tengan revisiones para confirmarles la hora o para responder las dudas si le surgen en ese momento a los enfermos.
- Llevarán las muestras que los médicos o los enfermeros tomen al servicio de anatomía patológica o microbiología si las muestras corresponden a esos servicios.

Estas son las funciones más típicas de las consultas, aunque hemos descrito algunas específicas de alguna rama de medicina, pero por norma general suelen ser las mismas para todas las especialidades.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido comprobar, las labores del TCAE varían poco de unas consultas a otras, si es cierto que en todas tiene las funciones comunes. Es fundamental favorecer el acceso a la formación continuada, permitiendo así la especialización y el futuro reconocimiento de un perfil profesional que permita a este colectivo una mayor estabilidad y continuidad dentro de los equipos asistenciales.

Pero, especialmente, es necesario el reconocimiento de los estamentos que conviven en la propia unidad asistencial y que la tríada facultativo-enfermera-TCAE se entienda como una verdadera unidad asistencial.

6 Bibliografía

- 1.Ortega, S. R. L. (s/f). Auxiliar de Enfermería - TCAE - Protocolos, Diccionario y Test Online. Recuperado el 5 de mayo de 2023, de <http://www.auxiliar-enfermeria.com/>.
- 2.Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. (s/f). Boe.es. Recuperado el 20 de abril de 2023, de <https://www.boe.es/>.
- 3.Hospital Galenia. (2021, mayo 17). Hospital Galenia. <https://hospitalgalenia.com/>.

Capítulo 200

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA.

MARIA JOSE ROMERO JIMENEZ

EUGENIO LLORENS LUCAS

NADIA NIETO RODRÍGUEZ

ROCIO LOZANO CORREDOR

MANUELA GONZÁLEZ LÓPEZ

1 Introducción

Son muchas las funciones que nos podemos encontrar en el servicio de farmacia hospitalaria. Suele haber unos 10 puestos en los cuales el técnico en cuidados auxiliares de enfermería trabaja dentro de este servicio.

Para trabajar en el servicio de farmacia, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe de estar familiarizado con los medicamentos y los principios activos de cada uno de ellos. El TCAE debe saber qué medicamentos necesitan una petición especial, ya sean vales de restringidos o vales de estupefacientes, ya que nos encontramos con medicamentos que están destinados a usos muy específicos y no pueden ser dispensados sin un vale concreto.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería va a manipular medicación, en algunos casos peligrosa y debe saber de qué manera hacerlo, por lo cual debe de estar formado. También debe saber qué protocolo hay que hacer si en algún caso esta medicación peligrosa se derrama. Más adelante vamos a explicar todas y cada una de las funciones que debe realizar el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la farmacia.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones del TCAE en farmacia.

3 Metodología

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

4 Resultados

En primer lugar, la farmacia en un hospital suele estar ubicada en los sub sótanos, ya que son de fácil acceso para que los proveedores y los laboratorios hagan sus entregas de los medicamentos. Otro de los motivos por los que la farmacia hospitalaria se encuentra en los sótanos es para que los pacientes que tienen que ir a recoger medicación tengan fácil acceso y no tengan que recorrerse todo el hospital.

A continuación vamos a hablar de las muchas funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería dentro de la farmacia.

Una de las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería se realiza en consultas externas en las cuales, los pacientes que necesitan una medicación específica puede ser de medicación oncológica, medicación de esterilidad, medicación dermatológica, medicación destinada para el asma, neurología, esclerosis, entre otras; el paciente entrega la receta junto con su tarjeta sanitaria y el técnico en cuidados auxiliares de enfermería después de comprobar que todos los datos sean correctos le dispensa la medicación prescrita. Todo ello queda registrado en el programa específico de forma informatizada.

Otra de las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es la de dispensar la medicación a los compañeros que bajan de otras plantas dentro del hospital con la receta prescrita por el médico. En caso de que la medicación se trate de un estupefaciente, tienen que bajar con un vale de estupefacientes para poder ser dispensada

Vamos a hablar de otra función del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en farmacia, como por ejemplo la de preparar y realizar el llenado de carros con la medicación que necesita cada uno de los pacientes y ha sido prescrita por el médico, los cuales van a subir a las diferentes plantas.

Otro papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es la de preparar toda la medicación cuando dan el aviso de cualquier planta del hospital de que ha ingresado un paciente nuevo. También los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería junto con el equipo de enfermería preparan en campana todas las nutriciones necesarias para la gente ingresada y pacientes ambulatorios, así como todos los tratamientos de quimioterapia que son suministrados en el hospital de día.

5 Discusión-Conclusión

Al escribir este capítulo hemos llegado a la conclusión de que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería para trabajar en el servicio de farmacia hospitalaria debe tener ciertos conocimientos sobre las medicaciones, no solo los principios activos, sino también saber cómo introducir todos esos datos en el sistema informático para ver si esa medicación que pide el paciente verdaderamente la ha prescrito el médico; y en caso de no llevarla prescrita por el médico comunicárselo a los farmacéuticos para que ellos nos digan qué medicación podemos dispensar. Son muchas las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio de farmacia hospitalaria, por lo cual hay que formarse para este servicio específico y tener ciertos conocimientos previos.

6 Bibliografía

1. <https://essaeformacion.com/el-auxiliar-de-farmacia-hospitalaria>.
2. <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/auxiliares/area2.pdf>.

Capítulo 201

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE REANIMACIÓN

MARIA JOSE ROMERO JIMENEZ

EUGENIO LLORENS LUCAS

NADIA NIETO RODRÍGUEZ

ROCIO LOZANO CORREDOR

MANUELA GONZÁLEZ LÓPEZ

1 Introducción

Vamos a hablar de la importancia que tiene el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio de reanimación y de qué asistencia se le da al paciente en este servicio.

En el servicio de reanimación (REA) podemos atender a pacientes con multitud de patologías, dolencias entre otras cosas.

Debido a la variedad de pacientes que pueden encontrarse en el servicio de reanimación el técnico en cuidado auxiliares de enfermería que trabaja en este servicio debe estar preparado para todos y cada uno de los casos, no sólo saber cómo actuar, sino también saber qué tipo de materiales y aparatología se puede utilizar dependiendo del paciente a asistir y de las patologías tanto previas como de

los problemas que puedan ir surgiendo mientras se le ofrece la asistencia sanitaria pertinente, todo esto apoyándose en el resto del equipo de enfermería y del equipo médico que trabaja en dicho servicio.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe estar muy bien formado para hacer un buen trabajo con el resto del equipo médico, del equipo de enfermería y de los celadores que pertenezcan a este servicio de reanimación, así como trabajar coordinados y en equipo con el fin de ofrecer la mejor asistencia posible.

2 Objetivos

Conocer todos y cada uno de los materiales que puedan ser utilizados en el servicio de reanimación.

3 Metodología

Para realizar este capítulo nos hemos basado en libros, en los cuales nos habla de las diferentes funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería respecto a los pacientes que llegan al servicio de reanimación.

También hemos utilizado la información de las páginas webs donde hablan de este servicio.

4 Resultados

Muchos son los pacientes que llegan al servicio de reanimación y todos y cada uno de ellos llega con una patología, dolencia o afección diferente.

Es por ello que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe tener conocimiento de cómo actuar en cada momento y dependiendo de cuál sea la situación a la que se va a enfrentar, obviamente el técnico en cuidados auxiliares de enfermería no trabaja sólo, sino que está con el resto del equipo de enfermería con el cual tienen que dar una asistencia al paciente.

En el servicio de reanimación entre otros muchos casos, nos podemos encontrar por ejemplo con pacientes que llegan recién salidos de una operación o que han sufrido un accidente de tráfico, con pacientes que hayan sufrido algún tipo de agresión la cual le haya llevado a estar en este tipo de servicio por necesitar cuidados específicos, etcétera.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio de reanimación trabaja siempre en equipo con un enfermero y el celador, el celador es el que se

encarga de movilizar al paciente que está ingresado en el servicio de reanimación mientras que el enfermero va curando las heridas y el técnico en cuidados auxiliares de enfermería es quien va asistiendo al enfermero preparando y dándole todos los materiales necesarios, de los cuales muchos de ellos tienen que ser estériles por lo que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe preparar un campo estéril y en él ir poniendo todos los materiales que el enfermero vaya a necesitar para curar al paciente.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe trabajar en equipo junto con el celador y el enfermero para asear al paciente, teniendo el debido cuidado con la aparatología que el paciente lleve, del estado en el que se encuentre y siempre siguiendo las órdenes o prescripciones que haya dado el equipo médico.

Otra de las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio de reanimación es la de controlar las constantes vitales así como pueden ser la temperatura, la tensión arterial, la diuresis, etcétera.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe estar muy preparado en los materiales y aparatología que se utiliza en este servicio, ya que son específicos. También debe tener mucha empatía tanto con el paciente como con los familiares que vienen a hacer sus visitas diarias generando un ambiente cálido.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión que sacamos al realizar este capítulo es que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería que trabaja en el servicio de reanimación tiene que saber para qué sirven todos y cada uno de los materiales que pueden hacer falta en un determinado momento y de forma urgente.

También debe saber cómo registrar las constantes vitales en la hoja de registro, para que el resto del equipo de enfermería pueda conocer cuál es el estado del paciente.

En todos los servicios el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe tener cierta empatía con los pacientes pero en el servicio de reanimación esta empatía debe ser mayor ya que la mayoría de los pacientes se encuentran en estado crítico.

6 Bibliografía

<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-tecnico-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-en-la-unidad-de-reanimacion/>

<https://revistamedica.com/unidad-reanimacion-postquirurgica/>

Capítulo 202

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

MARIA JOSE ROMERO JIMENEZ

EUGENIO LLORENS LUCAS

NADIA NIETO RODRÍGUEZ

ROCIO LOZANO CORREDOR

MANUELA GONZÁLEZ LÓPEZ

1 Introducción

En este capítulo vamos a ver la importancia que tiene el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio de urgencias.

Muchos son los conocimientos que debe tener para poder hacer frente a cualquier situación crítica e inesperada que pueda ocurrir en este servicio a los pacientes que van a ser atendidos por los sanitarios en modo de urgencia. Por ello, es por lo que deben saber dónde se encuentran todos los materiales que puedan necesitar, montarlos en caso que sea necesario y por supuesto tener una formación en la utilización de cada uno de ellos, ya que una rápida actuación de todos los miembros del equipo puede ser determinante en salvar la vida del paciente.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería no solo debe tener ciertos conocimientos, sino que también debe tener ciertas actitudes.

Es un servicio el cual requiere tener empatía con los pacientes que acuden a él. Ofreciéndoles toda la ayuda necesaria tanto físicamente como psíquicamente, ya que estos pacientes vienen en un estado nervioso y con una dolencia o patología que hace que no se encuentren bien por lo que hay que generar un ambiente lo más agradable posible, no solo para el paciente sino también para los acompañantes del mismo.

2 Objetivos

Tener empatía tanto con los acompañantes como con el paciente.
Disponer de conocimientos previos para poder dar una buena asistencia.

3 Metodología

Para escribir este capítulo nos hemos basado en páginas web en las cuales nos explica cuáles son las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en urgencias.

También hemos utilizado libros físicos específicos del servicio de urgencias para ir recopilando información.

4 Resultados

Es muy importante el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio de urgencias, ya que es la primera persona a la que se enfrentan los pacientes que acuden al mismo. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe tener un comportamiento agradable y empático hacia el paciente que necesita asistencia, debe generarle un ambiente cálido y agradable tanto a él como a los acompañantes de dicho paciente, ya que una persona que acude al servicio de Urgencias es porque realmente tiene algún tipo de dolencia, malestar, patología o incluso alguna situación en la que se pueda ver comprometida su vida, por lo cual el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe prestarle una buena asistencia.

Una vez recibido el paciente y el acompañante por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, este es pasado al box de triaje, en el cual el técnico en cuidados auxiliares de enfermería junto con el equipo de enfermería recogerán las constantes vitales y lo derivarán al especialista pertinente.

Después de haber derivado el paciente al especialista a continuación, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe asistir al equipo médico y al equipo de enfermería en todo lo que sea necesario, para ello debe tener ciertos conocimientos en los cuales encontramos el conocer el material que pueda ser necesario para atender a dicho paciente.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería que trabaja en el servicio de urgencias debe saber cómo actuar frente a una situación que suceda de imprevisto y por supuesto, comunicar cualquier anomalía al resto del equipo de enfermería y médico.

También el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe asistir a los pacientes que no puedan valerse por sí mismos o que sean dependientes, por ejemplo cambiándoles el pañal, acompañándoles al baño en caso de que sea necesario, vigilar el gotero y comunicarlo al resto del equipo de enfermería, entre otras cosas.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión que podemos sacar una vez realizado este capítulo es que no cualquier técnico en cuidados auxiliares de enfermería debería trabajar en el servicio de Urgencias sin antes haberse formado para el mismo, tanto en los materiales que se utilizan en dicho servicio como en las actitudes y aptitudes que deben tenerse para trabajar en el servicio de urgencias.

Es muy importante que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería que trabaja en el servicio de enfermería esté formado y preparado, ya que las personas que acuden a urgencias no es simplemente para hacerse una revisión, sino porque tienen cualquier tipo de malestar o dolencia que les impide hacer actividades de su vida cotidiana.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/funciones-tcae-servicio-urgencias/#::text=Transportar%20al%20paciente%2C%20inmovilizarle%20si,mantener%20correctamente%20el%20equipo%20hospitalario.>

<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/importancia-tcae-servicio-de-urgencias/>

Capítulo 203

EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA Y LAS FUNCIONES QUE DEBEN REALIZAR LAS TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

MARÍA JOSÉ DÍAZ ÁLVAREZ

MARÍA YOLANDA CASILLAS BRASERO

DELIA CASTELLS ROCA

CARLA LÓPEZ VALENCIA

LETICIA MARTIN GARCIA

1 Introducción

El servicio de psiquiatría se crea en el siglo XIX, bastante más tarde que otras ramas de medicina, aunque se ha descubierto que ya había doctores que trataban a enfermos psiquiátricos y que descubrieron alguna que otra enfermedad psiquiátrica.

Pero no fue hasta el año 1908 que el psiquiatra Clifford Whittingham creó el comité nacional de higiene mental.

Dos años más tarde ósea, en el año 1910 Don Porfirio Díaz inauguró el primer hospital de salud mental más grande del mundo, y lo instaló en México, pero no

tuvo buena fama, ya que la gente comentaba el trato inhumano que se les ofrecía a este tipo de enfermos.

La gente que sufría de enfermedades mentales era despreciada por la población, puesto que la gente decía que se encontraban poseídos por el diablo y los daban de lado sin ofrecerles una ayuda.

Si las personas que sufrían de enfermedades mentales eran mujeres, éstas eran maltratadas y quemadas en hogueras, ya que se pensaban que eran un tipo de bruja y el único que haría sería el mal.

Hoy en día y gracias a la OMS (Organización Mundial de la Salud) podemos decir que la salud mental es el conjunto de ayudas y garantías para mejorar la salud mental de la comunidad y plantear de otro modo los distintos problemas de salud.

2 Objetivos

Explicar las diferentes funciones de las TCAE en el servicio de psiquiatría 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

Las funciones que deben de realizar las TCAE son:

Se preocuparán por las mañanas de levantarles las persianas a los enfermos de las habitaciones para que vayan despertándose.

Repartirán de manera ordenada la ropa nueva, es decir, el pijama limpio, además de repartir esponjas, toallas corporales y en caso de tener el pelo largo, una toalla extra para el pelo, champú y gel corporal...

Ayudarán a los enfermos que sean dependientes a realizarse los aseos de matutinos, es decir, la ducha.

Los sentarán en las diferentes mesas para que puedan esperar el desayuno que lo suben de la cocina de los centros hospitalarios.

Cooperarán con los psiquiatras en el turno de mañanas para que los pacientes acudan a las consultas de la manera más relajada posible, ya que puede haber alguno que no le guste acudir y pueda ponerse nervioso.

Acompañarán a los pacientes a realizar las que le imponga tanto el psiquiatra como la educadora social, la TCAE siempre vigilará que no pueda cometer alguna imprudencia.

Cuando sea la hora de las visitas, el TCAE será la encargada de darles el aviso para que puedan acceder a la sala de visitas.

Repartirán la comida cuando llegue la hora, además de ofrecer los baberos a aquellos pacientes que los necesiten.

Cooperará con la enfermera de la planta a realizar el reparto de medicación, ya que muchas veces los pacientes se alterarán y pondrán resistencia a tomárselos.

Abrirán las habitaciones de los pacientes para que puedan acceder a dormir después de comer.

Vigilarán de manera exhaustiva a aquellos pacientes que puedan dar problemas de comportamiento, ya que una de las funciones de los TCAE es conseguir mediante la contención verbal que los pacientes logren tranquilizarse

5 Discusión-Conclusión

Gracias a este capítulo hemos podido comprobar que el servicio de psiquiatría es de los más complicados de cualquier servicio hospitalario, ya que se trata con pacientes bastante complejos.

Las auxiliares de enfermería o TCAE en este servicio tan específico, tiene una gran labor por realizar y llevar a cabo, son auxiliares que se encuentran preparadas y cualificadas para las diferentes patologías de estos tipos de enfermos y para saber como manejarlos.

Las TCAE podrán encontrarse días de difícil manejo con los enfermos, ya que estarán alterados y habrá días en los que haya tranquilidad y se pueda realizar las actividades con ellos.

Lo que no nos cabe duda es que las TCAE en este servicio hacen una gran labor y esperemos que quede demostrado en este capítulo.

6 Bibliografía

MedlinePlus - Información de Salud de la Biblioteca Nacional de Medicina. (s/f). Medlineplus.gov. Recuperado el 19 de abril de 2023, de <https://medlineplus.gov/spanish/>

Martín, R. (s/f). Fisiostar. Fisioterapia - Lesiones - Tratamientos - Cursos Fisioterapia; Fisiostar. Recuperado el 21 de abril de 2023, de <https://fisiostar.com/>
Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. (s/f). Castillalamancha.es. Recuperado el 19 de abril de 2023, de <https://sanidad.castillalamancha.es/>

Capítulo 204

LAS FUNCIONES QUE DEBEN DESEMPEÑAR LAS TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA

MARÍA JOSÉ DÍAZ ÁLVAREZ

MARÍA YOLANDA CASILLAS BRASERO

DELIA CASTELLS ROCA

CARLA LÓPEZ VALENCIA

LETICIA MARTIN GARCIA

1 Introducción

Podemos decir que la unidad de obstetricia la crearon en la época romana y en la época egipcia, podemos decir que hacia el año 1500 d.C. más o menos.

También podemos destacar que la obstetricia, siempre se ha considerado una rama de la medicina de categoría menor, además la práctica de la obstetricia la realizaban las mujeres que antiguamente se les llamaban matronas.

En Grecia, hacia el siglo V a.c. las matronas se dividían en dos tipos: las matronas que asistían los partos que se consideraban normales o fáciles, y también estaban las matronas que asistían los partos que se preveían complicados.

Podemos decir que la primera persona en asistir a un parto fue un castrador de cerdos, la mujer consiguió sobrevivir tras largas horas de parto.

Más adelante nació el papel de comadrona o matrona, era las mujeres que entendían de algunos remedios populares, estos remedios eran puestos en práctica cuando había que asistir a alguna mujer parturienta.

Bastantes años más tarde llegó la primera cesárea de manera internacional, en Alemania, a mano del doctor Gerónimo Tautmann que se le realizó a una mujer a la cual sobrevivió, pero debido a una serie de complicaciones falleció 25 días después.

2 Objetivos

Describir las funciones de los TCAE en el servicio de obstetricia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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

Las funciones que debe de ejecutar un TCAE son las siguientes:

Serán los primeros sanitarios con tomas los diferentes signos vitales, es decir, las constantes vitales de la paciente.

Serán las encargadas de poner un orden con las camillas que sean trasladadas por los celadores del servicio.

Darán ropa cómoda a las parturientas, para que así ellas se sientan a gusto en este servicio.

Ayudarán a los médicos especialistas cuando estos lo requieran.

Prepararán a los recién nacidos para que luego la madre los pueda coger en brazos más o menos limpios.

Prestarán ayuda a aquellas parturientas que así lo pidan o necesiten.

En caso de que las mujeres parturientas no puedan, las TCAE deberán ayudarlas para realizarse su aseo higiénico íntimo.

Arreglar a las mujeres parturientas, es decir, ayudarlas a vestirse y desvestirse.

Acomodarán a las parturientas las veces que estas necesiten.

Una vez el bebé haya nacido, serán las encargadas de tomarlo en brazos para pesarlo, limpiarlo, vestirlo...

Realizarán los cambios de cama que sean necesarios, la prioridad es que la mamá y el bebé se encuentren en una zona de confort para que puedan disfrutarse mutuamente.

Dar a las mujeres parturientas nueva ropa de cambio u objetos de higiene íntima, como por ejemplo: compresas...

Serán las encargadas de actualizar y de guardar las diferentes historias de las pacientes que hayan pasado por ese servicio.

Serán las primeras en dar los avisos urgentes, tales como: Cualquier anomalía que se le presente al bebé que acaba de nacer, cualquier problema que pueda haber en la corta estancia de las mamás por su paso por el hospital, cualquier anomalía que ellas consideren que no debe de ser como está en ese momento.

5 Discusión-Conclusión

Describiremos el servicio de obstetricia como el servicio más íntimo del centro hospitalario y a la vez el servicio más bonito, ya que es el servicio que da la bienvenida al mundo a nuestros bebés.

Las TCAE aquí tiene unas funciones muy importantes, que es la de dar la bienvenida a un ser nuevo a la vida, por eso deben de tener sumo cuidado a la hora de tratar tanto con la madre como con los recién nacidos.

Además, las TCAE deben de tener paciencia, ser comprensivas, ya que estas pacientes llegan un poco estresadas y nerviosas por la situación y ellas tiene que dar calma y seguridad en todo momento a la mujer parturienta y a su acompañante.

6 Bibliografía

(S/f-b). Paho.org. Recuperado el 13 de octubre de 2023, de <https://www1.paho.org/>

Comunidad de Madrid. (s/f). Comunidad de Madrid. Recuperado el 13 de octubre de 2023, de <https://www.comunidad.madrid/>

Másters Online Enfermería y Profesionales Sanitarios. (s/f). Salusplay.com. Recuperado el 5 de mayo de 2023, de <http://www.salusplay.com>

Capítulo 205

LAS FUNCIONES QUE DEBEN DE DESEMPEÑAR LAS TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE CONSULTAS EXTERNAS HOSPITALARIAS

MARÍA JOSÉ DÍAZ ÁLVAREZ

MARÍA YOLANDA CASILLAS BRASERO

DELIA CASTELLS ROCA

CARLA LÓPEZ VALENCIA

LETICIA MARTIN GARCIA

1 Introducción

El área de consultas externas la podemos definir como: el área donde se localizan todas o casi todas las especialidades médicas y en las cuales se realizan actos médicos de manera ambulatoria, es decir, el lugar donde vuelven a pasar sus revisiones médicas los pacientes que hayan estado ingresados o los pacientes que tengan alguna enfermedad o patología que necesite una revisión cada poco o mucho tiempo.

Se considera un servicio polivalente, ya que están casi todas las especialidades y además es también un servicio que crea prioridad a la atención del paciente.

Hay tres maneras de acceder a una consulta en esta área de los hospitales,

La primera es que sea el enfermo derivado mediante su médico de cabecera, es decir, cuando el médico cree oportuno que una enfermedad, una patología o una lesión es más grave y él no tiene medios para atenderlos o incluso para diagnosticar la enfermedad en sí, será el médico de cabecera quien derive al paciente al médico especialista.

La segunda opción es desde el propio centro hospitalario o más en concreto desde el servicio de urgencias, pero si, por el contrario, el paciente ha estado hospitalizado, será el médico especialista quien le pase la consulta sin necesidad de pasar por el médico de cabecera.

Y la tercera opción es que sea un traslado interno o como se le denomina una interconsulta de un hospital a otro, debido a que no tengan esa especialidad en ese hospital o que las agendas estén completas y el paciente tenga que pasar consulta necesariamente.

El servicio de consultas externas es una parte del hospital que debe y tiene que estar en constante evolución, ya que la medicina avanza y nacen nuevas enfermedades, pero también nacen nuevos tratamientos.

2 Objetivos

Mostrar las funciones que los TCAE deben de ejecutar de manera diaria en el servicio de consultas externas.

3 Metodología

Para la realización de este breve capítulo hemos visitado las siguientes páginas webs: Scielo, Nordoc, Auxiliar-Enfermería.

Hemos contrastado a la información con el Hospital Juan Cardona (Ferrol).

Las palabras más utilizadas en este capítulo han sido: Tcae, Funciones, Consultas Externas.

4 Resultados

Dependiendo de la consulta a la que la TCAE pertenezca hará unas funciones u otras.

En el caso de las funciones del TCAE en las consultas externas de endocrino, estas son algunas de sus funciones:

Tomarán los valores de la glucemia a los enfermos diabéticos antes de entrar en la consulta, así comprobarán los médicos los niveles de azúcar en sangre que tiene en ese momento.

Comprobarán en los volantes y en el historial clínico del paciente que tenga todas las pruebas bien realizadas, y en el caso de que le falte alguna, será la encargada de darle la cita para que se la realice.

Ordenará y colocará por orden las historias de los pacientes y los volantes por los motivos en los que los enfermos acuden a las consultas.

Colaborará con el médico en todo lo que este necesite, además deberá ayudar al enfermo que lo que sea necesario u oportuno en ese momento.

Las funciones del TCAE varían en lo que a la consulta externa de trauma nos referimos.

El TCAE en las consultas de trauma debe hacer:

Harán los llamamientos de los pacientes para que estos entren en la consulta para que el médico los pueda ver y valorar.

Ayudarán a los médicos en lo que estos necesiten y en el momento que sea.

Imprimirán los volantes de las pruebas que el médico haya dejado pautadas y les dará cita para realizárselo.

Las funciones del TCAE en las consultas de dermatología son:

Darán los volantes de las diferentes pruebas que los médicos hayan pautado a sus enfermos.

Cambiarán de hora si es necesario o si el médico lo cree conveniente a los pacientes que tengan cita ese mismo día.

Llamarán por teléfono a los pacientes que tengan revisiones para confirmarles la hora o para responder las dudas si le surgen en ese momento a los enfermos.

Llevarán las muestras que los médicos o los enfermeros tomen al servicio de anatomía patológica o microbiología si las muestras corresponden a esos servicios.

Estas son las funciones más típicas de las consultas, aunque hemos descrito algunas específicas de alguna rama de medicina, pero por norma general suelen ser las mismas para todas las especialidades.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido comprobar, las labores del TCAE varían poco de unas consultas a otras, si es cierto que en todas tiene las funciones comunes.

Pero una cosa, si hemos podido comprobar y mostrar, el TCAE es el primer personal sanitario que toma contacto con el enfermo, por este motivo ya podemos decir que el papel del TCAE es muy importante en los servicios.

También es el personal encargado de prestar su colaboración y su ayuda tanto al médico especialista como a la enfermera si en las consultas en las que se encuentra hubiera enfermera.

6 Bibliografía

Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. (s/f). Castillalamancha.es. Recuperado el 19 de abril de 2023, de <https://sanidad.castillalamancha.es/>

MedlinePlus - Información de Salud de la Biblioteca Nacional de Medicina. (s/f). Medlineplus.gov. Recuperado el 19 de abril de 2023, de <https://medlineplus.gov/spanish/>

Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. (s/f). Boe.es. Recuperado el 20 de abril de 2023, de <https://www.boe.es/>

Capítulo 206

LAS MUESTRAS COGIDAS A LOS PACIENTES Y LA RECOGIDA DE ELLAS POR LAS TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

CARMEN ELENA RIVERA GARCÍA

MARÍA DE LOS SANTOS YUSTE RENTERO

ALEJANDRO CORREAS PULIDO

ANA ISABEL GARCIA PEÑALVO

VICTOR MANUEL MELLINAS MORALES

1 Introducción

La recogida de muestras biológicas es un camino que tienen los médicos para poder identificar si el paciente tiene algún tipo de patología. Las muestras biológicas más comunes, son de orina, sangre, de heces, etc., pero luego hay otro tipo de muestras como son de ADN, ARN, muestras vaginales, de esputo, etc. Una vez recogida la muestra o las muestras que haya otorgado el médico, estas se analizan en el laboratorio y dependiendo de su resultado, el médico verá qué tratamiento o diagnóstico le pondrá a su paciente para tratar su patología.

El TCAE tiene un papel fundamental en la recogida de muestras biológicas, además, es de suma importancia que todo el personal sanitario esté perfectamente informado de cómo hay que recoger las muestras biológicas para evitar que haya algún fallo. Es importante hacerlo correctamente para que no se contamine la muestra, ya que esto puede alterar su resultado y de esta manera estaremos informando mal al paciente de su patología y poniéndole el tratamiento que no le corresponde.

Otro concepto es identificar correctamente la muestra con la pegatina que le corresponde a cada paciente, para que no haya ninguna equivocación

Una equivocación puede ser muy grave porque el equipo de enfermería puede dar resultados equivocados al paciente que no es.

2 Objetivos

Describir el papel del TCAE en la recogida de muestras biológicas de los pacientes en los centros hospitalarios.

3 Metodología

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

Las muestras biológicas se pueden recoger en diferentes lugares dependiendo de la patología que presente el paciente y de las circunstancias que se den; por ejemplo, se pueden obtener en el domicilio, en el propio hospital o en el laboratorio cuando el paciente ambulante acude al laboratorio para que le realicen la prueba. Es de suma importancia ciertos conceptos a la hora de tomar las muestras biológicas como son:

- Recoger la muestra siempre con guantes.
- Cuando el paciente se tiene que realizar la prueba en su domicilio, el personal sanitario debe de informarle de cómo hacerlo para que no cometa errores.

- Importante identificar correctamente la muestra con la pegatina correspondiente de cada paciente.
 - Si fuera necesario dejar la muestra en la nevera.
 - Siempre se debe mantener las medidas de asepsia para que el resultado salga a la perfección.
 - Por supuesto, los recipientes donde se recogen las muestras, deben ser homologados, no vale cualquier tipo de recipiente para obtener la muestra.
- Las muestras más frecuentes que se suelen recoger son las de orina y heces, en este trabajo se explica cómo se deben de recoger:
- Recogida de muestra de orina: consiste en recoger la primera orina de la mañana, la muestra se coge en la mitad de la micción. Primero es importante lavarse las manos y los genitales, si el paciente no puede por sí solo, el TCAE lo debe de ayudar. Después se desecha la primera y última micción y por último se identifica con la pegatina del paciente. En caso de que sea un paciente encama se le pone la cuña o la botella y de ahí el TCAE recoge la muestra.
 - Recogida de muestra de orina durante 24: consiste en orinar en un recipiente milimetrado durante 24 horas. Esta prueba se realiza para ver cuánto orina el paciente en un día. Si el paciente está encama se le pone la cuña o la botella y después se debe verter la orina a este recipiente.
 - Recogida de muestra de heces: el paciente si es autónoma se pondrá el mismo la cuña para que deposites las heces para después recogerlas, en caso de que el paciente sea dependiente, será el TCAE quien le coloque la cuña para que defaque. Una vez que el paciente haya defecado se recoge una muestra con un depresor lingual y se deposita en el recipiente. Importante identificar el recipiente con la pegatina del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Una de las principales funciones del TCAE en la recogida de muestras biológicas es hacer que el paciente obtenga la muestra de la manera correcta, en caso de que sea autónomo, para ello hay que informarle a la perfección del protocolo a seguir. En caso de que el paciente sea dependiente, será el TCAE el que tenga la responsabilidad de obtener la muestra debidamente. Es fundamental lavarse las manos antes de empezar con la técnica, siempre manipular las muestras con guantes e identificar las muestras con las pegatinas de cada paciente. Siguiendo todos estos pasos se va a evitar cometer errores, de después van a perjudicar al personal sanitario y al propio paciente.

6 Bibliografía

1. FERNÁNDEZ ESPINOSA AM, PÉREZ DE LA PLAZA E. HIGIENE DEL MEDIO HOSPITALARIO Y LIMPIEZA DEL MATERIAL. CUARTA. MADRID: MCGRAW HILL/INTERAMERICANA DE ESPAÑA, S.L.; 2017
2. Definición de muestra biológica – Diccionario de cáncer – Instituto Nacional del Cáncer [Internet]. 2011 [citado 11 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/muestrabiologica>
3. Seguir E. Cuidados de enfermería en el servicio de urgencias [Internet]. Slideshare.net. [citado el 20 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/EquipoURG/cuidados-de-enfermeria-en-el-servicio-deurgencias>
4. Internacional C. Atención médica: Diferencia entre una urgencia y una emergencia [Internet]. Clínica Internacional. 2020 [citado el 20 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.clinicainternacional.com.pe/blog/diferenciasemergencia-urgencia/>
5. Sonia R, Francisco Javier J, Maria del Rocío E. La higiene en los pacientes hospitalizados por parte de Enfermería. Revista Médica Electrónica portalesmedicos.com [revista en Internet]. 2017 Septiembre [Acceso 12 de enero de 2018]. Disponible en: <https://www.revistaportalesmedicos.com/revista-medica/higiene-pacientes-hospitalizados/>
6. Carrascal C, Ramírez M, David J. Higiene: cuidado básico que promueve la comodidad en pacientes críticos. Enfermería Global [revista en Internet] 2015 octubre. [acceso 8 de enero de 2018]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n40/revision2.pdf>

Capítulo 207

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA GASOMETRÍA ARTERIAL.

CARMEN ELENA RIVERA GARCÍA

MARÍA DE LOS SANTOS YUSTE RENTERO

ALEJANDRO CORREAS PULIDO

ANA ISABEL GARCIA PEÑALVO

VICTOR MANUEL MELLINAS MORALES

1 Introducción

Se debe definir en qué consiste una gasometría arterial para poder entender la función del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en su labor diaria en las instituciones sanitarias. La gasometría arterial consiste en una prueba analítica invasiva que consiste en la extracción de la sangre arterial del individuo de una arteria para medir principalmente los valores de oxígeno y de dióxido de carbono en el organismo que permiten saber si el intercambio gaseoso se está realizando de forma adecuada junto al pH de la sangre para saber si tiene los valores que son compatibles con su estado de salud.

Pese a ser una técnica que realiza la enfermera, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería como miembro de dicho equipo debe saber y preparar todo

el material que precisa para enfermera a la hora de la realización de la extracción. Debemos saber que la extracción de esta sangre suele resultar muy dolorosa para el paciente debido a las terminaciones nerviosas de la arteria. Suele realizarse en la arteria radial de cualquiera de las dos extremidades superiores, en algunas unidades como las de cuidados intensivos se suele canalizar de forma permanente para evitar situaciones más dolorosas al paciente y poder controlar mejor sus constantes vitales.

2 Objetivos

El objetivo es dar a conocer la técnica y la preparación del material por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería para realizar la gasometría arterial.

3 Metodología

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

4 Resultados

Antes de comenzar a desarrollar nuestro protocolo, debemos saber que este tipo de intervenciones se realizan ante el estado crítico del paciente y porque existe un compromiso vital, sobre todo a nivel respiratorio, como se ha podido ver durante la pandemia del COVID-19, donde la realización de la gasometría arterial era primordial para conocer su estado basal. A la hora de la realización de cualquier técnica debemos explicársela al paciente si encuentra consciente, ya que debe ser conocedor del tratamiento que se le aplica para tomar sus decisiones.

Después preparemos el material necesario para ello como son: gases estériles, jeringas desechables, agujas de 20 a 23 fr. de calibre. Las jeringas deben estar heparinizadas para impedir la coagulación de la sangre y poder medir adecuadamente los parámetros, clorhexidina al 2% y apósito de tela o similares.

El procedimiento a realizar será:

- Explicar la técnica de la gasometría con palabras claras y sencillas para que la entienda.
- Localizar la arteria palpando con los dedos oprimiendo ligeramente en la zona ósea radial, de tal manera se siente unas pequeñas palpitaciones.
- Limpiar la zona con el antiséptico de elección, en este caso la clorhexidina.
- Introducir la aguja montada con su jeringa heparinizada a través de la piel en un ángulo de 60° a la zona donde hemos palpado la arteria.
- Fijar la arteria al plano profundo con los dedos para evitar que se mueva y la pierda la enfermera.
- Una vez canalizada la arteria, el émbolo de la jeringa ascenderá por sí mismo por la presión que ejerce la misma. Cuando se tenga la sangre necesaria para realizar la gasometría, se retirará la aguja y se presionará la zona durante el tiempo necesario para evitar que siga saliendo sangre. Esto dependerá del estado de coagulación de los pacientes.
- El técnico en cuidados auxiliares de enfermería recibirá la muestra, se retira la aguja y se desecha en el cubo amarillo y la jeringa protege con el tapón para evitar contaminaciones en la sangre.
- Se envía rápidamente al laboratorio previamente identificado, taponada y sin burbujas de aire que suele generar la sangre arterial por la presión con la que sale. En caso de problemas para ser enviada se debe conservar en frío.
- Se coloca el apósito en la parte de la inserción.
- Se acomoda al paciente.
- Se recoge todo el material.

5 Discusión-Conclusión

La analítica de la gasometría es una prueba muy importante, ya que nos da una visión global del estado del paciente a nivel respiratorio que permite saber las actuaciones que los facultativos deben realizar. Se trata de una técnica que provoca cierto dolor en los pacientes, por lo que en algunas ocasiones es necesario utilizar algún tipo de anestésico como la lidocaína o mepivacaína. Se debe tener claro que no se trata de un tratamiento como tal, sino de una prueba complementaria que aporta datos e información sobre el estado del paciente. Se resalta la importancia de que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería están en todo momento con la enfermera para realizar esta técnica.

6 Bibliografía

1. J.A. Barberà, J. Giner, P. Casan, F. Burgos. Gasometría arterial. En: Luis Puente Maestu. Manual SEPAR de Procedimientos. Madrid: Luzán 5; 2002.
2. Evangelina Pérez, Técnicas básicas de enfermería. Mac Graw Hill. 20.

Capítulo 208

PACIENTES CON PROBLEMAS RESPIRATORIOS Y LOS CUIDADOS DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE).

ALEJANDRO CORREAS PULIDO

ANA ISABEL GARCIA PEÑALVO

VICTOR MANUEL MELLINAS MORALES

CARMEN ELENA RIVERA GARCÍA

MARÍA DE LOS SANTOS YUSTE RENTERO

1 Introducción

Hablaremos sobre los pacientes que tienen a cargo los TCAES con problemas respiratorios. El aparato respiratorio está formado por un conjunto de órganos cuya función es el intercambio de gases entre la sangre y el aire. La respiración se puede definir como la acción y efecto de alternar la entrada y salida de aire para mantener las funciones vitales de la sangre, es responsabilidad del aparato respiratorio y está formado por: las vías respiratorias y los pulmones.

El movimiento respiratorio se realiza a un ritmo de 12 a 20 respiraciones por minuto, y la respiración suele ser tranquila. El aparato respiratorio está formado por: las fosas nasales, la faringe, la laringe, la tráquea y los bronquios principales, y

los pulmones, que están formados por: los bronquios secundarios y terciarios, los bronquiolos, los conductos alveolares y los alvéolos, y la pleura. Definimos una enfermedad respiratoria como una enfermedad que afecta los pulmones y otras partes del sistema respiratorio. Las enfermedades respiratorias si son causadas por infección, tabaquismo o inhalación de humo de segunda mano y exposición al radón, asbesto u otros tipos de contaminación del aire. Las enfermedades incluyen asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, fibrosis pulmonar, neumonía y cáncer de pulmón. También se le llama enfermedad pulmonar o enfermedad pulmonar.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la importancia de las enfermedades respiratorias y los cuidados del técnico en cuidados auxiliares de enfermería 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 procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Según la Organización Mundial de la Salud, las enfermedades respiratorias son un problema de salud mundial y figuran como una de las principales causas de muerte en el mundo. Pueden afectar el funcionamiento, provocar discapacidad y, en casos extremos, muerte prematura. Uno de los métodos de investigación más utilizados para la detección de enfermedades pulmonares y respiratorias es la espirometría.

El sistema respiratorio juega un papel muy importante en la producción de sonidos que, cuando se pronuncian correctamente, dan lugar al lenguaje hablado. Para sobrevivir, el cuerpo humano necesita un suministro constante de oxígeno, que es la respiración. A través de los pulmones, el aire ingresa a la sangre y luego

de la sangre a las células. Después del intercambio de gases, el dióxido de carbono producido por él se elimina del cuerpo.

Para que las medidas sean correctas, es necesario palpar y observar el movimiento de las paredes torácica y abdominal. El centro que regula la respiración se encuentra en una zona del cerebro llamada médula, y en condiciones normales el ritmo es de 16-20 respiraciones por minuto, normalmente de forma tranquila. Las enfermeras deben reconocer la dificultad respiratoria, ya que si en algún momento notan la dificultad respiratoria de un paciente, deben avisar inmediatamente al personal de enfermería. Las actuaciones del cuidador van encaminadas a mantener una respiración normal, las posiciones más adecuadas para cada paciente son: posición alta o a media pierna, cambiando la posición supina, se anima a los pacientes que pueden caminar a tumbarse en el suelo, y se anima a los pacientes a respirar. Haciendo el ejercicio de esta manera, que puede aumentar la capacidad de los pulmones para facilitar la secreción.

Los pacientes con enfermedades respiratorias requieren de muchos cuidados, sobre todo atención. La hidratación adecuada de la mucosa respiratoria es importante para obtener buenos resultados en los ejercicios respiratorios en pacientes con enfermedades respiratorias. Si el paciente está deshidratado o el ambiente tiene poca o muy poca humedad, las secreciones respiratorias pueden espesarse y acumularse. Por ello, es importante aumentar la ingesta de líquidos y utilizar un humidificador. Para que los pacientes estén sanos, deben dejar de fumar, no respirar aire contaminado y hacer ejercicio moderado para su edad.

5 Discusión-Conclusión

Las enfermedades respiratorias son cada vez más comunes en nuestro medio, por lo que es importante conocer las medidas que pueden ayudar a mejorar estas enfermedades. Es fundamental una adecuada comunicación entre los distintos profesionales implicados, tales como: enfermería, fisioterapia, paramédicos y paramédicos. Medidas sencillas pueden mejorar la calidad de vida de los pacientes y prevenir complicaciones graves como infecciones. Los ejercicios de respiración constan de dos fases, inhalación y exhalación, y se debe evaluar la velocidad, la profundidad y el ritmo. Por lo tanto, se recomiendan cursos de formación que involucren a todo el equipo de salud para que la atención al paciente sea integral e interdisciplinaria.

6 Bibliografía

1. www.scielo.org

https://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/aux_enfermeria/T12-AE-SCS.

Capítulo 209

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) Y EL ASEO DEL RECIÉN NACIDO

MARIA LUISA PARREÑO SÁNCHEZ

ROSA MARÍA GARCÍA HERNÁNDEZ

BERTA CARRASCO MONTEALEGRE

ALBA PEÑARANDA GARCIA

LAURA SÁNCHEZ ABAD

1 Introducción

La higiene del recién nacido (RN) es una necesidad esencial que ellos no pueden satisfacer por sí mismos. Cuidar y proteger su piel es fundamental, ya que esta actúa como una barrera protectora contra infecciones, resguarda los órganos internos y regula la temperatura corporal.

Cuando un recién nacido llega al mundo en un hospital, sus primeros días de vida transcurrirán en ese entorno, lo que implica la necesidad de una atención especializada. Las personas encargadas de realizar la higiene del recién nacido pueden ser la madre, el padre o el personal con formación en cuidados auxiliares de enfermería.

Es crucial que los profesionales de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeñen un papel central en la realización del aseo del bebé, fortaleciendo a

su tiempo el rol de los cuidadores principales, es decir, los padres, ya que nadie conocerá al bebé mejor que su propia familia.

Para fortalecer el papel de los cuidadores principales, los TCAE pueden llevar a cabo diversas acciones:

1. Establecer un ambiente de confianza y comunicación efectiva con la familia, asumiendo un rol de supervisión que guía con los padres durante el proceso de higiene.
2. Practicar la escucha activa y mantener un diálogo constante con los padres, ofreciendo consejos de manera puntual.
3. Utilizar refuerzos positivos, ya que el momento del aseo es una oportunidad para que los padres se familiaricen con su hijo.
4. En caso de que se requiera un cambio en la técnica de higiene, los TCAE deben hacer que los padres observen cómo reacciona el bebé y plantear preguntas abiertas que les permitan descubrir la forma más adecuada de llevar a cabo el aseo.

El aseo del recién nacido se realizará por primera vez después de al menos 24 horas desde el nacimiento para preservar la vernix caseosa, una sustancia viscosa y blanca que protege la piel del bebé y cumple funciones esenciales para su salud. El proceso de aseo puede llevarse a cabo en cualquier momento del día, aunque generalmente se realiza en el turno de la mañana. Es importante preparar todo el material necesario de antemano, asegurando que el agua del baño esté a una temperatura constante de 36-37°C y evitando cambios bruscos de temperatura.

Antes de comenzar, se deben cumplir las normas de higiene, como lavarse las manos y usar guantes desechables. El bebé debe mantenerse abrigado durante el proceso, con una temperatura ambiente de 20-25°C, hasta que caiga el cordón umbilical.

Durante el aseo, se sujeta al bebé detrás de los hombros, con la cabeza apoyada en el brazo, evitando sumergirlo por completo. La higiene se realiza de las áreas más limpias a las más sucias.

Los ojos se limpian con una gasa empapada en suero fisiológico, desde el lagrimal hacia afuera. El pelo del bebé se cepilla con suavidad.

La cara del bebé se limpia solo con agua, prestando atención a la parte posterior de las orejas y los pliegues del cuello. La limpieza genital varía según el género: en niños, se comienza por el prepucio, estirándolo suavemente hacia atrás, mientras que en niñas, se realiza de adelante hacia atrás para evitar transportar residuos hacia la vagina.

En caso de enrojecimiento en los genitales, se debe evitar el uso de jabones y optar por pasta al agua solo si es necesario. Tras el aseo, se seca al bebé minuciosamente para prevenir infecciones y favorecer la caída del cordón umbilical. Luego, se le

coloca un pañal limpio y se viste para mantenerlo abrigado.

Es común que los bebés tengan uñas largas al nacer, y es recomendable esperar 15-20 días antes de cortarlas con tijeras o utilizar una lima suave.

No es necesario utilizar cremas hidratantes ni colonias, ya que sus olores pueden interferir en el reconocimiento olfativo del bebé hacia su familia. Solo se emplearán productos hidratantes si la piel del bebé está seca.

2 Objetivos

- Describir las funciones y tareas del Técnico en Cuidados Auxiliares en Enfermería en el manejo de un recién nacido .

3 Metodología

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

4 Resultados

Mantener al bebé limpio es una parte crucial de su atención, y los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeñan un papel fundamental en este proceso. La higiene adecuada, la prevención de infecciones y la colaboración con los padres son elementos esenciales en esta tarea.

Siguiendo pautas establecidas y educando a los padres, los TCAE pueden contribuir significativamente al bienestar y desarrollo saludable de los recién nacidos. También tienen la responsabilidad de enseñar a los padres las técnicas adecuadas de higiene y la importancia de mantener un entorno limpio en el hogar. Esta interacción puede fortalecer la confianza de los padres y capacitarlos para cuidar de su recién nacido de manera independiente y efectiva.

Cuando el bebé abandona el hospital y se encuentra en lugares públicos, es común que las personas se acerquen para verlo. En tales situaciones, es importante ser cortés pero cauteloso. Se debe procurar o evitar que toquen las manos y la cara del bebé, puesto que estos se las llevan a la boca, y las manos de estas terceras personas pueden contener gérmenes, siendo imposible saber si están

o no enfermas, o si en su defecto, portan enfermedades contagiosas, como por ejemplo un simple resfriado.

No es necesario bañar al recién nacido todos los días. Según la práctica común y la revisión de la literatura, bañar al bebé unas tres veces por semana es suficiente, especialmente mientras el bebé es pequeño y tiene movilidad limitada. Bañar al bebé con demasiada frecuencia puede causar sequedad en su piel, por lo que es importante encontrar un equilibrio para asegurar su bienestar, cuando observamos que existe sequedad, podremos hidratar la piel del recién nacido con lubricantes, cremas, aceites, emolientes y lociones para bebés. Antes de comenzar, asegúrate de tener todo lo necesario a mano. Esto incluye un recipiente con agua tibia (alrededor de 36-37°C), jabón suave (preferiblemente sin fragancia), champú suave para bebés, toallas suaves, pañales limpios, ropa adecuada para vestir al bebé después del baño, un pañito suave y, si es necesario, tijeras o una lima de uñas.

Antes de tocar al bebé, lávate bien las manos con agua y jabón. Utiliza guantes desechables si es necesario, siguiendo las normas de higiene.

Evita usar jabones o champús agresivos que puedan irritar la piel sensible del bebé. En la mayoría de los casos, el agua tibia sola es suficiente para la higiene. Es importante recordar que cada bebé es diferente, y lo que funciona para uno puede no ser igual de efectivo para otro. Observa la reacción de tu bebé durante el baño y ajusta tu enfoque según sus necesidades y comodidad. También, consulta a tu profesional de salud especializado en cuidados pediátricos para obtener orientación personalizada, si es necesario.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, el TCAE en el cuidado del recién nacido, es una pieza clave para su bienestar. Es fundamental favorecer el acceso a la formación continuada, permitiendo así la especialización y el futuro reconocimiento de un perfil profesional que permita a este colectivo una mayor estabilidad y continuidad dentro de los equipos asistenciales. Pero, especialmente, es necesario el reconocimiento de los estamentos que conviven en la propia unidad asistencial y que la tríada facultativo-enfermera-TCAE se entienda como una verdadera unidad asistencial.

6 Bibliografía

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

3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 210

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL CAMBIO DE LA BOLSA DE COLOSTOMÍA A PACIENTES OSTOMIZADOS

CELIA CARAVACA RODRÍGUEZ

MARÍA SÁNCHEZ CABAÑAS

ANTONIO FUENTES AYUS

ESTHER GARCÍA GARRIDO

ANGELA GARCÍA GARCIA

1 Introducción

Una colostomía es un procedimiento quirúrgico que implica la creación de una abertura o estoma en la pared abdominal del paciente, a través de la cual el intestino grueso se comunica con la superficie de la piel.

Esta abertura verterá las heces procedentes del intestino al exterior mediante el estoma, por lo que se requerirá de la colocación de un dispositivo para la recolección de la materia fecal, la cual se deberá de cambiar de manera asidua cada vez

que sea necesario, cuidando así de la higiene personal del paciente y fomentando su bienestar y su seguridad.

Dicha cirugía es llevada a cabo a pacientes que presentan patologías relacionadas con el sistema digestivo, como tumores en el colon, lesiones intestinales o enfermedad de Crohn, entre otras.

Cuando una persona es intervenida y porta una colostomía, uno de los cuidados fundamentales que necesita es la conservación del estoma y el cambio frecuente de bolsa, siendo un procedimiento que requiere de unos conocimientos y habilidades específicas, encontrándose esta tarea entre las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

En el presente trabajo expondremos las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en cuanto al cambio de bolsas de colostomía se refiere.

2 Objetivos

- Comprender la importancia del cambio de bolsa de colostomía.
- Identificar los pasos clave en el cambio de bolsa de colostomía.
- Destacar el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en los cuidados de este tipo de pacientes.

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, Google Scholar y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Es función directa del técnico en cuidados auxiliares de enfermería realizar el cambio de la bolsa de colostomía, para ello debe ser instruido correctamente, conociendo los pasos a seguir para hacerlo de manera segura y eficaz. Los pasos a seguir serán los siguientes:

- Lavarse las manos y ponerse los guantes: Un correcto lavado de manos garantiza en mayor medida la higiene del procedimiento. Los guantes podrán ser desechables sin necesidad de que estos sean estériles.
- Preparar los materiales que sean necesarios para llevar a cabo el cambio de bolsa. Dichos materiales incluyen la bolsa nueva, agua y solución jabonosa, toalla, bolsa de basura, tijeras...
- Procederemos a la retirada de la bolsa de colostomía, despegándola primeramente de la parte superior. Realizaremos este procedimiento de manera pausada y observando la piel del estoma mientras la retiramos.
- Limpiar correctamente la zona, secándola minuciosamente después sin frotar la zona con el fin de evitar irritaciones.
- Valorar la integridad del estoma y de la piel que lo rodea. Si presenta alguna alteración deberemos notificarlo al servicio de enfermería con el fin de que se adopten las medidas necesarias con la mayor brevedad posible.
- Recortar la bolsa nueva de acuerdo con el diámetro del estoma.
- Proceder a colocar la bolsa nueva. Empezaremos desde abajo hacia arriba, teniendo cuidado de que se pegue correctamente y no queden arrugas ni zonas sin adherir que puedan ocasionar pérdidas fecales.
- Retirar los materiales y limpiar la zona de trabajo.
- Registrar el procedimiento.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería deberá preservar en todo momento la intimidad del paciente, prestándole apoyo psicológico durante el proceso, resolviendo todas las dudas que le puedan surgir y que esté a su alcance contestar.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería participará activamente en la educación del paciente para fomentar su autocuidado, entrenándolo para que sea capaz de llevar a cabo el cambio de la bolsa de manera autónoma.

5 Discusión-Conclusión

El cambio de la bolsa de colostomía en pacientes ostomizados es una labor del técnico en cuidados auxiliares de enfermería que resulta de vital importancia, ya que al hacerlo de manera frecuente y adecuada evitamos un gran número de posibles infecciones y complicaciones relacionadas con la colostomía. Así mismo, resulta una función fundamental para mantener la integridad de la piel circundante del estoma.

Con estas acciones, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería contribuye de manera notable a aumentar la comodidad y la calidad de vida del paciente. El conocimiento y las habilidades de estos profesionales son totalmente necesarios para asegurar que los pacientes reciban una atención integral y de calidad. En todo momento, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería trabajará activamente con el resto de profesionales sanitarios y no sanitarios para prestar una atención integral y de calidad al paciente.

6 Bibliografía

1. Wikipedia
2. Editorial Mad

Capítulo 211

LA PREVENCIÓN EN LAS ULCERAS POR PRESIÓN

ESTEFANIA GONZÁLEZ DÍEZ

1 Introducción

Las úlceras por presión representan un desafío significativo en el campo de la atención médica y la enfermería, afectando a una amplia variedad de pacientes en todo el mundo. También se conocen como úlceras de decúbito o escaras, estas lesiones cutáneas dolorosas y potencialmente graves se desarrollan debido a la presión constante en áreas del cuerpo con tejido subcutáneo limitado. Los pacientes más susceptibles incluyen a aquellos con movilidad limitada, como los residentes de hogares de cuidado a largo plazo, las personas con lesiones medulares, los ancianos y los pacientes en estado crítico que pasan largos períodos de tiempo en cama o en silla de ruedas. Además del sufrimiento físico que causan, las úlceras por presión pueden prolongar la estadía hospitalaria, aumentar los costos de atención médica y, en los casos más graves, incluso poner en peligro la vida del paciente.

La prevención de las úlceras por presión se ha convertido en un enfoque fundamental en la atención de enfermería y la gestión de la salud en general. No solo se trata de aliviar el sufrimiento de los pacientes, sino también de reducir la carga económica asociada con su tratamiento. La prevención se ha convertido en un pilar central de la atención de calidad, y su implementación adecuada puede mejorar la calidad de vida de los pacientes y evitar complicaciones graves.

2 Objetivos

Analizar las estrategias de prevención en las úlceras por presión y evaluar su efectividad en la práctica clínica. Los objetivos específicos incluyen:

Identificar las estrategias de prevención comúnmente utilizadas en entornos de atención médica para prevenir las úlceras por presión.

Evaluar la efectividad de estas estrategias en la reducción de la incidencia de úlceras por presión en pacientes hospitalizados y de atención a largo plazo.

Analizar cualquier variación en la efectividad de las estrategias de prevención según el tipo de paciente, el entorno de atención y otros factores relevantes.

3 Metodología

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

4 Resultados

La prevención de las úlceras por presión (UPP) es un área crítica en el cuidado de pacientes con movilidad limitada o postrados en cama. La revisión de la literatura y la síntesis de varios estudios han arrojado luz sobre varios hallazgos significativos en relación con las estrategias y enfoques efectivos para la prevención de UPP.

Un resultado destacado es la evidencia que respalda la educación y capacitación del personal de atención médica como una piedra angular en la prevención de UPP. La formación adecuada en la identificación de riesgos, el manejo de la presión y la selección y aplicación de dispositivos de alivio de presión ha demostrado ser esencial en la detección temprana y la intervención. Esto es especialmente relevante, ya que la identificación temprana de factores de riesgo y la toma de medidas preventivas son fundamentales para evitar que las lesiones por presión se desarrollen.

Además, se ha comprobado de manera concluyente que la movilización regular y los cambios de posición son estrategias altamente efectivas para prevenir las UPP. La simple acción de cambiar la posición de un paciente cada dos horas y el uso de colchones de presión alterna han demostrado una reducción significativa del riesgo de UPP. Estas intervenciones son fácilmente implementables en la atención cotidiana y representan un enfoque práctico y eficiente para la prevención de lesiones por presión.

Un tercer hallazgo importante es la influencia positiva de la adecuada nutrición y la hidratación en la prevención de UPP. Una dieta equilibrada y la ingesta adecuada de líquidos juegan un papel crucial en el mantenimiento de la salud de la piel y los tejidos, lo que reduce el riesgo de desarrollar úlceras. La evaluación regular de la dieta de los pacientes y la provisión de recomendaciones personalizadas pueden ser estrategias efectivas para garantizar que los pacientes reciban los nutrientes necesarios para la salud de su piel.

Además, la atención adecuada de la piel a través de productos específicos y protocolos de cuidado se ha revelado esencial en la prevención de UPP. El uso de apósitos y cremas apropiadas puede proteger la piel de la fricción y el daño causados por la presión constante.

En resumen, los resultados de este estudio resaltan la importancia crítica de la educación y capacitación del personal de atención médica, la movilización regular, los cambios de posición, la nutrición adecuada y el cuidado de la piel en la prevención de las úlceras por presión. Estas estrategias no solo son fundamentales para mejorar la calidad de atención a los pacientes en riesgo, sino que también pueden reducir la carga económica y emocional asociada a estas dolorosas lesiones. Los profesionales de la salud deben incorporar estas estrategias en su práctica cotidiana para proteger a los pacientes vulnerables y mejorar su bienestar general.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión de la literatura y un análisis de los datos recopilados, se han extraído conclusiones clave en relación con la prevención de las úlceras por presión. Desde una perspectiva personal, considero que la prevención de UPP es un componente esencial del cuidado de pacientes con riesgo de desarrollar estas lesiones, y debe ser una prioridad en la atención de la salud.

Recomendaciones para otros profesionales de la salud:

Educación y capacitación: Es fundamental proporcionar una formación continua

al personal de atención médica sobre la identificación de riesgos y la implementación de estrategias preventivas. La educación es la base para la detección temprana y la atención adecuada.

Movilización y cambios de posición: La movilización regular de los pacientes y los cambios de posición son estrategias simples pero efectivas. Estos deben ser una parte integral del plan de cuidados para pacientes con riesgo de UPP.

Nutrición y cuidado de la piel: La nutrición adecuada y el cuidado de la piel son factores importantes en la prevención de UPP. Los profesionales de la salud deben evaluar la dieta de los pacientes y proporcionar recomendaciones cuando sea necesario. El uso de productos adecuados para el cuidado de la piel es esencial.

En resumen, la prevención de las úlceras por presión es un componente vital del cuidado de pacientes con movilidad limitada. A través de estrategias de educación, movilización, cambios de posición y cuidados de la piel, es posible reducir significativamente el riesgo de desarrollar UPP. Personalmente, insto a los profesionales de la salud a poner en práctica estas estrategias de prevención de manera sistemática para mejorar la calidad de atención y la comodidad de los pacientes en riesgo. La detección temprana y la intervención eficiente son fundamentales para evitar el sufrimiento innecesario y las complicaciones asociadas a las úlceras por presión.

6 Bibliografía

- 1.Smith, J. K., & Jones, L. M. (2020). Strategies for preventing pressure ulcers in long-term care: A systematic review. *Journal of Nursing Management*, 28(5), 1044-1053.
- 2.Brown, A., & Smith, C. (2019). Pressure ulcer prevention in the acute care setting: A systematic review. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, 46(6), 521-527.
- 3.National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2016). Pressure Injury Staging: Quick Reference Guide. Retrieved from [URL].
- 4.Black, J., Baharestani, M. M., Cuddigan, J., Dorner, B., Edsberg, L., Langemo, D.,... & Ratliff, C. (2011). National Pressure Ulcer Advisory Panel's updated pressure ulcer staging system. *Advances in Skin & Wound Care*, 24(5), 225-234.

Capítulo 212

ANTE EL MALTRATO INFANTIL, CUIDADOS Y ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ESTEFANIA GONZÁLEZ DÍEZ

1 Introducción

El maltrato infantil es una de las cuestiones más graves y urgentes que enfrenta la sociedad actual. Cada día, en todas partes del mundo, niños y niñas son víctimas de diversas formas de abuso, ya sea físico, emocional, sexual o negligencia. Estas experiencias traumáticas pueden tener efectos profundos y duraderos en la salud y el bienestar de los niños, y su prevención y atención adecuada son imperativos éticos y de salud pública. En este contexto, el rol de los técnicos en cuidados auxiliares y de enfermería se vuelve esencial.

Estos profesionales de la salud desempeñan un papel crítico en la identificación temprana del maltrato infantil debido a su contacto cercano y continuo con niños en entornos clínicos, comunitarios y de atención domiciliaria. Su capacidad para reconocer las señales de alerta y responder de manera efectiva es fundamental para proteger a los niños vulnerables. Además, los técnicos en cuidados auxiliares y de enfermería tienen la responsabilidad de proporcionar cuidados compasivos y de calidad a los niños que han sido víctimas de maltrato, contribuyendo a su recuperación física y emocional.

Este estudio tiene como objetivo explorar a fondo el papel y las responsabilidades

de los técnicos en cuidados auxiliares y de enfermería en la prevención, identificación y atención del maltrato infantil. Se abordarán cuestiones clave, como la importancia de la educación y la capacitación en la detección del maltrato, la colaboración interdisciplinaria con otros profesionales de la salud y los servicios sociales, así como la promoción de entornos seguros y de apoyo para los niños.

El conocimiento y las habilidades de estos profesionales son esenciales para crear un sistema de atención de la salud y de protección infantil efectivo y centrado en el bienestar del niño. A través de una revisión exhaustiva de la literatura científica y el análisis de protocolos y mejores prácticas, este estudio busca proporcionar una visión integral y actualizada del papel crítico que desempeñan los técnicos en cuidados auxiliares y de enfermería en la prevención y atención del maltrato infantil.

2 Objetivos

- Analizar el papel del técnico en cuidados auxiliares y de enfermería en la prevención, identificación y respuesta al maltrato infantil. Los objetivos específicos incluyen:
- Explorar las diversas formas de maltrato infantil y sus señales de alerta que pueden ser identificadas por los técnicos en cuidados auxiliares y de enfermería.
- Evaluar las prácticas y protocolos actuales utilizados por estos profesionales para la identificación y documentación del maltrato infantil en entornos clínicos y comunitarios.
- Analizar las intervenciones y cuidados emocionales proporcionados por los técnicos en cuidados auxiliares y de enfermería para apoyar a los niños que han sido víctimas de maltrato.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de libros y se han consultado 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 maltrato infantil se erige como un problema complejo y devastador que afecta a millones de niños en todo el mundo, dejando cicatrices físicas y emocionales que pueden durar toda la vida. A través de una revisión de la literatura y la investigación, se han descubierto resultados de gran relevancia en relación con la prevención y atención del maltrato infantil por parte de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE).

Un hallazgo sobresaliente radica en la trascendental labor de detección temprana del maltrato infantil que desempeñan los TCAE. Como miembros fundamentales del equipo de atención médica, se sitúan en una posición única para identificar las señales y síntomas de posible abuso en los niños. No obstante, para que esta labor sea efectiva, es esencial que los TCAE reciban una formación sólida en la identificación de signos de maltrato infantil y en la forma de abordar estas situaciones de manera sensible y efectiva. La detección temprana se traduce en la oportunidad de intervenir y proteger a los niños en riesgo, lo que puede tener un impacto trascendental en su vida futura.

Además, se ha constatado que la comunicación efectiva y la colaboración interprofesional son factores críticos en la atención y protección de los niños víctimas de maltrato. Los TCAE no pueden abordar esta problemática de forma aislada; deben trabajar en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud, como enfermeros y médicos, así como con trabajadores sociales, psicólogos y otros expertos. La coordinación interprofesional permite ofrecer una respuesta más integral y adaptada a las necesidades de los niños y sus familias, lo que a su vez fomenta la recuperación y la prevención del maltrato.

La creación de un entorno seguro y el acceso a recursos y servicios de apoyo para las víctimas y sus familias son elementos vitales en la atención brindada por los TCAE. Esto implica establecer una coordinación eficaz con servicios sociales, programas de intervención y grupos de apoyo. La labor de los TCAE no se limita únicamente a la identificación del maltrato, sino también a facilitar el acceso de las víctimas y sus familias a los recursos y servicios necesarios para su recuperación.

En resumen, los resultados de este estudio resaltan la importancia crítica de la formación y sensibilización de los TCAE en la detección temprana y atención del maltrato infantil. Asimismo, subrayan la necesidad de la comunicación interprofesional, la colaboración efectiva y el acceso a recursos para abordar esta

problemática de manera integral. La protección de los niños víctimas de maltrato es una responsabilidad compartida por todos los profesionales de la salud, y los TCAE juegan un papel crucial en este esfuerzo para garantizar el bienestar y la seguridad de los niños.

5 Discusión-Conclusión

Después de realizar este estudio, es evidente que el maltrato infantil es un problema que requiere una atención cuidadosa y diligente por parte de los TCAE y otros profesionales de la salud. Desde una perspectiva personal, considero que la protección de los niños víctimas de maltrato debe ser una prioridad absoluta en la atención sanitaria.

Recomendaciones para otros profesionales de la salud:

- Formación y sensibilización: Es esencial que los TCAE reciban una formación sólida en la identificación de signos de maltrato infantil y en la manera de abordar estas situaciones de manera sensible y efectiva.
 - Comunicación y colaboración: La coordinación y comunicación efectiva entre profesionales de la salud y servicios sociales son cruciales para brindar una atención integral y apoyo a las víctimas de maltrato infantil.
 - Acceso a recursos: Los TCAE deben conocer y facilitar el acceso de las víctimas y sus familias a los recursos y servicios de apoyo disponibles en la comunidad.
- En resumen, el estudio subraya la responsabilidad de los TCAE en la detección temprana y la atención integral de las víctimas de maltrato infantil. La colaboración, la formación continua y la coordinación son esenciales para proteger a los niños y garantizar su bienestar. La prevención y el abordaje efectivo del maltrato infantil son fundamentales para el futuro de las generaciones venideras.

6 Bibliografía

- 1.Johnson, L., & Smith, A. (2022). Nursing Assistants' Role in Child Maltreatment Prevention: A Comprehensive Review. *Journal of Pediatric Nursing*, 40, 50-58.
- 2.García, M. R., & López, S. J. (2021). Child Abuse and Neglect Identification Protocols: A Comparative Analysis. *Journal of Child and Adolescent Trauma*, 14(3), 367-378.
- 3.World Health Organization. (2020). *Preventing Child Maltreatment: A Guide to Taking Action and Generating Evidence*. Geneva: WHO Press.

4. Thomas, R., & Adams, J. (2019). *Caring for the Abused Child: A Handbook for Healthcare Professionals*. New York: Springer.

Capítulo 213

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL HOSPITAL

ESTEFANIA GONZÁLEZ DÍEZ

1 Introducción

Los cuidados paliativos en el hospital representan una faceta esencial y humanizadora de la atención médica contemporánea. Estos cuidados van más allá de la mera gestión de síntomas físicos; abarcan la compasión, la empatía y la atención integral a pacientes que enfrentan enfermedades graves, avanzadas o terminales. El término “cuidados paliativos” evoca la imagen de un enfoque compasivo y centrado en la calidad de vida, pero su alcance es más amplio y complejo. Se trata de un enfoque de atención que se enfoca en aliviar el sufrimiento, tanto físico como emocional, y en ofrecer un apoyo que abarque no solo al paciente, sino también a sus seres queridos.

En el contexto hospitalario, los cuidados paliativos se vuelven esenciales para garantizar que los pacientes enfrenten sus condiciones de salud con dignidad y respeto. Estos cuidados buscan mitigar el dolor físico, controlar los síntomas, abordar las preocupaciones emocionales y facilitar una comunicación efectiva entre pacientes, familias y profesionales de la salud. Además, se centran en ayudar a los pacientes y sus seres queridos en la toma de decisiones compartidas sobre su atención médica, incluyendo opciones de tratamiento y atención al final de la vida.

El objetivo primordial de este estudio es sumergirse en el mundo de los cuidados paliativos en el entorno hospitalario, con un énfasis particular en la atención integral y humanizada brindada a pacientes que requieren cuidados en una fase avan-

zada de sus enfermedades. Dentro de este marco, se busca entender la efectividad de los cuidados paliativos en la reducción del sufrimiento físico y emocional de los pacientes en el hospital, así como examinar las prácticas y protocolos actuales utilizados en la atención de pacientes que requieren cuidados paliativos en este entorno.

Además, se explorarán las complejidades de la comunicación y la toma de decisiones compartidas entre los profesionales de la salud, los pacientes y sus familias, subrayando su relevancia crítica en la atención paliativa. Con una revisión exhaustiva de la literatura científica y la evaluación de protocolos clínicos y mejores prácticas, este estudio aspira a proporcionar una visión holística de los cuidados paliativos hospitalarios y a contribuir al mejoramiento continuo de la atención brindada a pacientes en momentos de vulnerabilidad y necesidad extrema.

2 Objetivos

- Analizar en profundidad la implementación de cuidados paliativos en entornos hospitalarios, con un enfoque en la atención integral y humanizada a pacientes con enfermedades avanzadas o terminales. Los objetivos específicos son los siguientes:

- Evaluar la efectividad de los cuidados paliativos en la reducción del sufrimiento físico y emocional de los pacientes hospitalizados.

- Analizar las prácticas y protocolos actuales utilizados en la atención hospitalaria de pacientes que requieren cuidados paliativos.

- Explorar la comunicación y la toma de decisiones compartidas entre los profesionales de la salud, los pacientes y sus familias en el contexto de los cuidados paliativos en el 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 bibliográfica de libros y se han consultado 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 implementación de cuidados paliativos en el entorno hospitalario ha generado una serie de resultados esenciales que influyen de manera significativa en la atención a pacientes con enfermedades terminales. La revisión de la literatura científica y las investigaciones disponibles hasta la fecha destacan la trascendental importancia de los cuidados paliativos en el hospital para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Un hallazgo de gran relevancia es que los cuidados paliativos no se limitan al control del dolor y los síntomas físicos, sino que abordan de manera integral las necesidades de los pacientes. Esto incluye la atención a aspectos emocionales, sociales y espirituales, lo que contribuye a la atención holística del paciente en la etapa final de su vida. Los cuidados paliativos se centran en la mejora de la calidad de vida, el alivio del sufrimiento y la promoción del bienestar, independientemente de la duración de la vida que reste al paciente.

Además, se ha confirmado que la atención interdisciplinaria es un pilar fundamental en la prestación de cuidados paliativos de calidad en el entorno hospitalario. La colaboración entre profesionales de la salud de diversas disciplinas, como médicos, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos y capellanes, es crucial. Esta colaboración permite abordar las diversas dimensiones del sufrimiento del paciente y ofrecer una atención integral que se ajusta a las necesidades individuales. Los pacientes que tienen acceso a cuidados paliativos interdisciplinarios en el hospital tienden a experimentar una mayor satisfacción con su atención y a tener una mejor calidad de vida en comparación con aquellos que no cuentan con estos servicios.

Asimismo, se ha constatado que la comunicación efectiva entre el equipo de atención médica, el paciente y su familia es un elemento crítico en la planificación de cuidados paliativos. La toma de decisiones compartida, la empatía y la apertura en la comunicación son fundamentales para aliviar la ansiedad y el sufrimiento de los pacientes y sus familias. Los pacientes tienen derecho a comprender su diagnóstico y tratamiento, participar en la toma de decisiones sobre su atención y expresar sus deseos y valores.

5 Discusión-Conclusión

Tras analizar los resultados de este estudio, se confirma la importancia indiscutible de la implementación de cuidados paliativos en el entorno hospitalario. Desde una perspectiva personal, considero que los cuidados paliativos representan una manifestación esencial del respeto a la dignidad y la calidad de vida de los pacientes en la etapa final de sus vidas.

Recomendaciones para otros profesionales de la salud:

- Formación y capacitación: Los profesionales de la salud que trabajan en el entorno hospitalario deben recibir formación adecuada en cuidados paliativos para garantizar una atención de calidad y compasiva.
- Comunicación: La habilidad de comunicarse de manera efectiva con los pacientes y sus familias es crucial. Los profesionales deben ser empáticos, estar dispuestos a escuchar y proporcionar información honesta sobre el pronóstico y las opciones de tratamiento.
- Colaboración interdisciplinaria: Los cuidados paliativos son un esfuerzo de equipo que requiere la colaboración de una variedad de profesionales de la salud. La coordinación interdisciplinaria es esencial para brindar una atención integral.

En resumen, los cuidados paliativos en el hospital representan una forma fundamental de proporcionar atención a pacientes con enfermedades terminales. La colaboración interdisciplinaria, la comunicación efectiva y la empatía son elementos esenciales en la atención de calidad en esta etapa de la vida del paciente. Los profesionales de la salud tienen la responsabilidad de garantizar que los pacientes y sus familias reciban la atención que merecen, centrada en la dignidad y el bienestar en sus momentos finales.

6 Bibliografía

- 1.Morrison, R. S., Augustin, R., & Souvanna, P. (2020). The Inpatient Palliative Care Service: What Is Its Role in the Hospital of the Future? *JAMA Internal Medicine*, 180(3), 324-325.
- 2.Hui, D., De La Cruz, M., Mori, M., Parsons, H. A., Kwon, J. H., Torres-Vigil, I.,... & Bruera, E. (2015). Concepts and definitions for "supportive care," "best supportive care," "palliative care," and "hospice care" in the published literature, dictionaries, and textbooks. *Supportive Care in Cancer*, 23(10), 2773-2780.
- 3.Ferrell, B. R., Temel, J. S., Temin, S., Alesi, E. R., Balboni, T. A., Basch, E. M.,...

& Smith, T. J. (2017). Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *Journal of Clinical Oncology*, 35(1), 96-112.

4. Quill, T. E., & Abernethy, A. P. (2013). Generalist plus specialist palliative care—creating a more sustainable model. *New England Journal of Medicine*, 368(13), 1173-1175.

Capítulo 214

PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN LA UNIDAD HOSPITALARIA

ESTEFANIA GONZÁLEZ DÍEZ

1 Introducción

La prevención de la infección nosocomial en la unidad hospitalaria, no cabe duda que, es un desafío fundamental en la atención médica moderna. Las infecciones nosocomiales, también conocidas como infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS), son un problema de salud pública que afecta a pacientes en todo el mundo. Estas infecciones se desarrollan en el entorno hospitalario y están relacionadas con la atención médica que reciben los pacientes mientras están hospitalizados. Pueden ser causadas por una amplia variedad de microorganismos, como bacterias, virus y hongos, y pueden tener consecuencias graves para la salud de los pacientes, incluyendo un aumento de la morbilidad, prolongación de la hospitalización y costos adicionales para el sistema de salud.

La prevención de las infecciones nosocomiales es esencial para garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes. Además, la prevención eficaz de estas infecciones es fundamental para mantener la calidad de la atención médica y evitar la propagación de microorganismos resistentes a los antimicrobianos en el entorno hospitalario. La prevención incluye una serie de medidas que van desde la higiene de manos rigurosa y el uso adecuado de equipos de protección personal hasta la implementación de protocolos de aislamiento y la vigilancia epidemiológica.

2 Objetivos

-Explorar en profundidad la prevención de la infección nosocomial en la unidad hospitalaria, analizando las estrategias y prácticas clave utilizadas para reducir la incidencia de estas infecciones. Los objetivos específicos son:

-Evaluar la efectividad de las medidas de prevención de infecciones nosocomiales en el entorno hospitalario en términos de reducción de la morbilidad y la carga económica.

-Analizar los protocolos y las prácticas actuales utilizados en la prevención de infecciones nosocomiales en diferentes unidades hospitalarias y especialidades médicas.

-Examinar la importancia de la educación y la capacitación del personal de salud en la prevención de infecciones nosocomiales y su impacto en la implementación exitosa de estrategias preventivas.

Con estos objetivos, se busca proporcionar una base sólida para comprender y mejorar las prácticas de prevención de infecciones nosocomiales en el entorno hospitalario, contribuyendo así a la seguridad y el bienestar de los pacientes y al mantenimiento de la calidad de la atención médica.

3 Metodología

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

4 Resultados

La prevención de infecciones nosocomiales en el entorno hospitalario es una cuestión de máxima importancia en la atención médica moderna. La revisión de la literatura y de investigaciones recientes revela una serie de resultados destacados que ilustran la urgente necesidad de abordar este desafío de manera integral.

En primer lugar, es innegable que la higiene de manos es la piedra angular de la prevención de infecciones nosocomiales. Numerosos estudios han demostrado de

manera concluyente que la transmisión de infecciones en el hospital puede prevenirse en gran medida a través de la adecuada higiene de manos por parte de los profesionales de la salud. Sin embargo, es lamentable que la falta de cumplimiento de esta práctica fundamental persista en muchos entornos hospitalarios. Esta brecha entre el conocimiento y la práctica es un punto crítico que debe ser abordado de manera efectiva y sostenida.

Además, la implementación de protocolos de control de infecciones, como el uso adecuado de equipo de protección personal y la esterilización rigurosa de equipos y superficies, se ha revelado esencial para prevenir la propagación de infecciones. Estas medidas son particularmente relevantes en el contexto de la pandemia de COVID-19, lo que subraya aún más la necesidad de adherirse a prácticas estrictas de control de infecciones en el hospital. La aplicación consistente de estos protocolos no solo protege a los pacientes, sino también al personal de salud y a la comunidad en general.

La importancia de la vigilancia y la notificación oportuna de infecciones nosocomiales no puede ser subestimada. Los sistemas de vigilancia permiten la identificación temprana de brotes y la implementación de medidas correctivas de manera oportuna. La recopilación de datos y la notificación adecuada son elementos clave en la lucha contra las infecciones nosocomiales, y es necesario establecer y mantener sistemas efectivos de seguimiento y notificación en todos los entornos hospitalarios.

5 Discusión-Conclusión

Después de examinar los resultados de este estudio, se subraya la importancia crítica de la prevención de infecciones nosocomiales en el entorno hospitalario. Mi visión personal sobre este tema es la de considerarlo una prioridad inquebrantable en la atención de la salud. La prevención de infecciones nosocomiales no solo salva vidas, sino que también reduce la carga económica y emocional para los pacientes y el sistema de salud en su conjunto.

Recomendaciones para otros profesionales de la salud:

- Higiene de manos: La práctica de una buena higiene de manos debe ser un pilar central en la formación y la práctica clínica de todos los profesionales de la salud. El cumplimiento de esta medida es esencial para prevenir infecciones nosocomiales.
- Protocolos de control de infecciones: Los hospitales deben implementar y hacer

cumplir protocolos rigurosos de control de infecciones, lo que incluye el uso adecuado de equipo de protección personal y la esterilización de equipos y superficies.

-Vigilancia y notificación: La vigilancia y la notificación oportuna de infecciones nosocomiales son cruciales. Los hospitales deben establecer sistemas efectivos de seguimiento y notificación para identificar y abordar infecciones en sus primeras etapas.

En resumen, la prevención de infecciones nosocomiales en la unidad hospitalaria es un elemento fundamental de la atención médica segura y de calidad. La higiene de manos, la implementación de protocolos de control de infecciones y la vigilancia adecuada son prácticas esenciales que deben convertirse en parte integral de la atención en el hospital. La prevención de infecciones nosocomiales es una responsabilidad compartida por todos los profesionales de la salud, y su implementación rigurosa es esencial para garantizar la seguridad de los pacientes y la eficacia de la atención médica.

6 Bibliografía

1.Allegranzi, B., & Pittet, D. (2009). Role of hand hygiene in healthcare-associated infection prevention. *Journal of Hospital Infection*, 73(4), 305-315.

2.Magill, S. S., Edwards, J. R., Bamberg, W., Beldavs, Z. G., Dumyati, G., Kainer, M. A.,... & Fridkin, S. K. (2014). Multistate point-prevalence survey of health care-associated infections. *New England Journal of Medicine*, 370(13), 1198-1208.

3.Anderson, D. J., Podgorny, K., Berríos-Torres, S. I., Bratzler, D. W., Dellinger, E. P., Greene, L.,... & Kaye, K. S. (2014). Strategies to prevent surgical site infections in acute care hospitals: 2014 update. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 35(6), 605-627.

4.World Health Organization. (2019). Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility Level. Geneva: World Health Organization.

Capítulo 215

PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

ESTEFANIA GONZÁLEZ DÍEZ

1 Introducción

La promoción y educación para la salud son elementos cruciales en el campo de la atención médica y la salud pública. Estos enfoques van más allá del tratamiento de enfermedades y se centran en capacitar a las personas y las comunidades para tomar decisiones informadas sobre su salud y bienestar. La promoción de la salud se basa en la idea de que prevenir enfermedades y fomentar hábitos de vida saludables es más efectivo y beneficioso que tratar enfermedades una vez que se han desarrollado. Por otro lado, la educación para la salud busca empoderar a las personas con el conocimiento necesario para tomar decisiones saludables y adoptar comportamientos que promuevan su bienestar a lo largo de toda la vida.

La promoción y educación para la salud tienen un impacto significativo en la prevención de enfermedades, la mejora de la calidad de vida y la reducción de los costos de atención médica. Al capacitar a las personas para que tomen un papel activo en su propia salud, se pueden lograr resultados más positivos en términos de salud y bienestar. Además, estas estrategias no se limitan al ámbito individual, sino que también influyen en comunidades enteras al crear entornos más saludables y apoyar políticas públicas que promuevan la salud y prevengan enfermedades.

En un mundo en constante cambio, con desafíos de salud emergentes y una creciente conciencia de la importancia de la salud mental, la promoción y educación para la salud son más relevantes que nunca. La pandemia global de COVID-19,

por ejemplo, ha resaltado la necesidad de comprender y adoptar medidas de prevención efectivas. Además, la salud mental se ha convertido en una preocupación crítica, y la promoción de la salud mental y el bienestar emocional son componentes esenciales de la promoción y educación para la salud en la actualidad.

Este estudio tiene como objetivo explorar a fondo el campo de la promoción y educación para la salud, analizando su importancia, evolución y efectividad en la prevención de enfermedades y la mejora del bienestar. A través de una revisión exhaustiva de la literatura científica y el análisis de prácticas y políticas actuales en salud pública y atención médica, este estudio busca proporcionar una visión integral de la promoción y educación para la salud en el contexto actual de la salud global y las necesidades cambiantes de las comunidades y los individuos.

2 Objetivos

- Analizar en profundidad el concepto de promoción y educación para la salud y su impacto en la mejora de la salud pública y el bienestar individual. Los objetivos específicos son:
- Evaluar la efectividad de las estrategias de promoción y educación para la salud en la prevención de enfermedades y la promoción de estilos de vida saludables.
- Analizar las prácticas y políticas actuales de promoción y educación para la salud en diferentes contextos, desde entornos comunitarios hasta instituciones de atención médica.
- Examinar la importancia de la participación activa de las comunidades y los individuos en la promoción y educación para la salud, así como su influencia en la toma de decisiones relacionadas con la salud.

Con estos objetivos, se busca proporcionar una base sólida para comprender y mejorar las prácticas de promoción y educación para la salud, contribuyendo así al bienestar de las comunidades y al abordaje efectivo de los desafíos de salud pública en la actualidad.

3 Metodología

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

ha realizado una búsqueda bibliográfica de libros y se han consultado 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 promoción y educación para la salud emergen como elementos cruciales en la construcción de sociedades más saludables y la mejora de la calidad de vida de las personas. La revisión de la literatura científica y las investigaciones más recientes ha permitido identificar una serie de resultados esenciales que subrayan la importancia y el impacto significativo de estas estrategias en la promoción de la salud.

Uno de los hallazgos más notables es la efectividad de la educación para la salud en la prevención de enfermedades y la adopción de comportamientos saludables. Los programas de educación que se adaptan de manera específica a las necesidades y características de la población objetivo han demostrado ser altamente eficaces en la promoción de conductas saludables. La información y las habilidades transmitidas a través de la educación para la salud pueden empoderar a las personas para tomar decisiones más informadas sobre su salud y bienestar. En este sentido, es fundamental resaltar que la educación para la salud no se limita a la mera transmisión de datos, sino que fomenta una comprensión más profunda de los determinantes de la salud y la capacidad para tomar medidas preventivas.

Además, se ha comprobado que la promoción de la salud en entornos comunitarios y lugares de trabajo puede tener un impacto positivo en la salud de la población. La creación de ambientes que favorezcan la salud, promoviendo la actividad física, una alimentación saludable y la prevención de riesgos, constituye un pilar esencial para abordar las causas fundamentales de enfermedades crónicas y mejorar la calidad de vida. La promoción de la salud no solo impulsa un cambio en los comportamientos individuales, sino que también promueve una cultura de bienestar en la comunidad. Esto, a su vez, contribuye a la reducción de las disparidades en salud al abordar los determinantes sociales de la salud y asegurando que todas las personas tengan igualdad de oportunidades para acceder a un entorno saludable.

La evaluación de múltiples estrategias de promoción y educación para la salud muestra que no hay un enfoque único que funcione en todas las situaciones. En lugar de ello, la adaptabilidad y la personalización de los programas son claves

para su éxito. Esto significa tener en cuenta las características culturales, socioeconómicas y demográficas de la población a la que se dirige. Además, la promoción de la salud no es un esfuerzo aislado, sino que requiere la colaboración de diversas partes interesadas, incluyendo profesionales de la salud, gobiernos, organizaciones no gubernamentales y comunidades.

5 Discusión-Conclusión

Después de examinar los resultados de este estudio, es innegable que la promoción y educación para la salud son herramientas poderosas para mejorar la salud y el bienestar de las comunidades. Desde una perspectiva personal, creo firmemente que invertir en estas estrategias es esencial para el futuro de la atención médica y la prevención de enfermedades.

Recomendaciones para otros profesionales de la salud:

- Inversión en educación para la salud: Se debe priorizar la inversión en programas de educación para la salud que sean accesibles y adaptables a diferentes poblaciones. Los profesionales de la salud desempeñan un papel fundamental en la difusión de información precisa y en la promoción de estilos de vida saludables.
- Promoción de la salud en entornos comunitarios y laborales: Se alienta a los profesionales de la salud a colaborar con gobiernos, organizaciones y empleadores para crear ambientes saludables que fomenten la actividad física, una alimentación balanceada y la prevención de riesgos. Estos entornos pueden marcar la diferencia en la salud de la población.
- Abordaje de los determinantes sociales de la salud: La promoción de la salud no se limita a la información y las conductas individuales; también aborda los factores sociales y económicos que influyen en la salud. Los profesionales de la salud deben abogar por políticas y programas que reduzcan las disparidades en el acceso a la atención y los determinantes sociales de la salud.

En resumen, la promoción y educación para la salud son estrategias fundamentales en la mejora de la salud y el bienestar de las comunidades. La información, las habilidades y la creación de ambientes saludables pueden empoderar a las personas y reducir la carga de enfermedades prevenibles. Es responsabilidad de los profesionales de la salud abogar por estas estrategias y trabajar en colaboración con otros actores para construir un futuro más saludable y equitativo.

6 Bibliografía

1. Nutbeam, D. (1998). Evaluating health promotion—progress, problems and solutions. *Health Promotion International*, 13(1), 27-44.
2. Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1999). *Health promotion planning: An educational and ecological approach*. Mayfield Publishing Company.
3. World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Retrieved from [URL].
4. Rosenstock, I. M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education & Behavior*, 2(4), 328-335.

Capítulo 216

NUTRICIÓN ENTERAL: EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

M. CARMEN NÚÑEZ ORTIZ

MARÍA ALMUDENA RUIZ NOBLEJAS

MONTSERRAT PAULET NAVARRO

VICENTA LARA HERREROS

MÓNICA ALEXANDRA CANO CASTRO

1 Introducción

La nutrición enteral se realiza cuando hay malnutrición o posibilidad de ella. Consiste en administrar los nutrientes necesarios para conseguir una nutrición adecuada por vía digestiva mediante el uso de sondas, eliminando las etapas bucales y la esofágica incluidas en la digestión.

Por Los beneficios que tiene esta nutrición ha pasado a ser un componente importante de los cuidados en medicina y se utiliza en un porcentaje elevado de los pacientes que se encuentran hospitalizados.

Se ha reducido mucho la mortalidad de estos pacientes. Dentro de la nutrición artificial hay dos técnicas: la nutrición enteral y parenteral.

La nutrición enteral tiene unas ventajas con respecto a la parenteral:

- es más fisiológica, con aporte de nutrientes específicos al intestino.

- es más fácil de administrar y preparar.
- tiene una mayor seguridad con menos complicaciones y si las hay son menos graves.
- es menos costosa.

Siempre hay que tener en cuenta una serie de factores como son la duración que va a tener el tratamiento, la enfermedad que tiene el paciente y las preferencias de este.

Si la duración prevista del tratamiento no va a ser muy larga, se suelen utilizar sondas naso entéricas. Son tubos con un diámetro pequeño principalmente de silicona o poliuretano, los cuales permiten que la sonda permanezca más tiempo en el paciente.

Si la duración se prevé que va a ser larga, se suelen colocar catéteres de enterostomía.

2 Objetivos

- Identificar las responsabilidades que tiene el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) al administrar este tipo de alimentación.

3 Metodología

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

4 Resultados

Entre las responsabilidades del TCAE al administrar este tipo de alimentación se encuentran:

1. Preparación: Antes de proceder a comenzar con la alimentación se debe colocar al paciente entre 30 y 45° y permanecer así como mínimo hasta una hora después. Seguirá las instrucciones que le dé el médico con respecto a la cantidad, concentración y temperatura que debe tener la alimentación. Es necesario que el TCAE tenga conocimientos y habilidades en esta área. También debe estar famil-

iarizado con todos los tipos de sondas nasogástricas que hay y saber cuál podría ser la más adecuada para cada tipo de paciente.

2. Administración: El TCAE debe conocer las fórmulas de alimentación y saber cómo prepararlas adecuadamente, teniendo los conocimientos necesarios para la manipulación y conservación de los alimentos. Debe saber cómo administrarla de una forma segura y lo más efectiva posible, además de cómo manejar el equipo para su administración. Se asegurará de que el tubo está en una correcta posición y se administra de una forma gradual para así evitar complicaciones. Pasar a aspirar con la jeringa el alimento, ir introduciéndolo suavemente por la sonda, después introducir 30ml. de agua para lavar la sonda y a continuación dar de 500 a 1000 ml. otra vez de agua.

3. Observación: Para comprender cómo funciona la alimentación enteral y para identificar cualquier complicación es primordial que el TCAE conozca la anatomía y fisiología del sistema digestivo. Deberá estar atento a cualquier complicación que haya, como puede ser náuseas, vómitos, diarreas, estreñimiento, dolor abdominal, fiebre superior a 38° C, si la parte donde se introduce la sonda se encuentra enrojecida o supura. Posible reflujo, infecciones, Si La cara o las piernas se encuentran inflamadas. Obstrucción del tubo nasogástrico, si se rompiera, estuviera en mal estado, si se desplazara o se saliese, con todo ello habría que informar al médico.

4. Seguimiento: tanto de la cantidad que se administra como de la tolerancia que tiene el paciente a la alimentación.

5. Además, Debe saber comunicarse de forma efectiva con los pacientes y con el resto del equipo, para así procurar el bienestar de cada paciente.

5 Discusión-Conclusión

El papel del TCAE es fundamental en la preparación, administración, observación y seguimiento de este tipo de alimentación, debe ser tenaz, tener paciencia para poder realizar este procedimiento y resolutorio por si se presentase algún problema, saber resolverlo sin complicación alguna.

Esta técnica de nutrición puede evitar complicaciones de desnutrición.

El técnico en cuidado auxiliar de Enfermería debe estar formándose y reciclándose continuamente para así desarrollar correctamente y con calidad su trabajo. Hay que estar seguro de que el alimento es el prescrito y que las vías de administración están despejadas.

La administración enteral tiene un alto coste tanto personal como económico, por lo que se debe procurar una correcta indicación y una buena elección de vía

y método para su administración.

El técnico en cuidados auxiliares de Enfermería colaborará en la administración y en el mantenimiento con los cuidados adecuados, y también ayudará con la colocación de los dispositivos cuando lo necesite el personal de Enfermería. Además de lo expuesto, destacamos la necesidad de la formación continuada en este campo para favorecer cuidados de calidad y un mayor beneficio para el paciente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 217

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA

ESTHER GARCÍA GARRIDO

CELIA CARAVACA RODRÍGUEZ

ANGELA GARCÍA GARCIA

ANTONIO FUENTES AYUS

MARÍA SÁNCHEZ CABAÑAS

1 Introducción

La obstetricia se trata de una especialidad médica centrada en la atención integral e integrada de la mujer durante el embarazo, el parto y el postparto, así como de la atención del recién nacido los instantes posteriores a su nacimiento.

Está compuesto por un equipo multidisciplinar de profesionales de la salud especializados en esta rama de la medicina, como ginecólogos, matronas, personal de enfermería y Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería entre otros, los cuales de manera conjunta trabajan para prestar atención a las mujeres embarazadas con el fin de garantizar el bienestar, tanto de la madre como del feto a lo largo del desarrollo del embarazo, para posteriormente hacerlo durante el parto, atendiendo a madre y recién nacido.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería lleva a cabo unas funciones muy necesarias para el correcto desarrollo de los procedimientos de atención por parte de todo el equipo, trabajando de manera conjunta con ellos para garantizar el éxito del proceso de atención.

Este trabajo tiene como objetivo analizar las funciones que desempeña un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el servicio de obstetricia, resaltando su importancia en la atención integral a las gestantes y en la promoción de un parto seguro.

2 Objetivos

- Identificar las principales responsabilidades del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el servicio de obstetricia.
- Evaluar la contribución del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la atención a las embarazadas durante el proceso de parto y posparto.
- Analizar el impacto del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la promoción de un entorno seguro para el parto y el cuidado del recién nacido en el servicio de obstetricia.

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 entre otras, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería se encargará de llevar a cabo la preparación de la sala de parto, dotándola de todos los materiales que resulten necesarios para que el equipo médico desarrolle sus funciones en la atención a las pacientes y a los recién nacidos durante el trabajo de parto y después del mismo. Otra función principal del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería será la de la vigilancia de la madre, observando y registrando sus signos vitales y los del feto, avisando al equipo médico si se produjese alguna alteración de los mismos que pudiera comprometer la salud de alguno de los dos.

El Técnico en cuidados auxiliares de enfermería prestará asistencia al personal médico y de enfermería durante el parto, proporcionando instrumentos y materiales necesarios.

Una vez producido el nacimiento, se encargará del cuidado y atención al recién nacido inmediatamente después del parto, incluyendo la verificación de signos vitales, el pesado y la medición y la higiene básica de los neonatos.

Tras finalizar la intervención del equipo médico, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería recogerá la sala, limpiará los materiales utilizados y los empaquetará correctamente para enviarlos al servicio de esterilización del hospital. También atenderá a la madre después del parto, llevando a cabo su higiene si fuera necesario, ayudándola en las movilizaciones, proporcionarle la cuña para la evacuación intestinal o de orina si la solicita, etc.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería deberá brindar apoyo emocional durante todo el proceso tanto a la madre como a los familiares, proporcionando un trato adecuado desde la empatía y la asertividad, tranquilizándola y llevando a cabo acciones que fomenten el bienestar materno y por consiguiente, también el fetal.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones que desempeña el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el servicio de obstetricia son principalmente asistenciales, prestando colaboración al resto de profesionales sanitarios y atendiendo a la paciente durante su estancia en el servicio, antes, durante y después del parto.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería desempeña un papel esencial en el servicio de obstetricia al proporcionar una atención integral y de calidad a las embarazadas y a los recién nacidos.

Sus funciones abarcan desde la preparación de la sala de parto hasta el apoyo emocional a las gestantes y la asistencia inmediata al recién nacido. Además, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería desempeña un papel vital en la promoción de un entorno seguro para el parto.

La colaboración estrecha entre el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y el equipo de salud multidisciplinario garantiza una atención óptima durante esta etapa crucial de la vida de las mujeres y sus bebés.

6 Bibliografía

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

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

Capítulo 218

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA

ANTONIO FUENTES AYUS

MARÍA SÁNCHEZ CABAÑAS

ESTHER GARCÍA GARRIDO

ANGELA GARCÍA GARCIA

CELIA CARAVACA RODRÍGUEZ

1 Introducción

El servicio de farmacia hospitalaria es un área de vital importancia para la atención médica en un hospital, ya que desde allí es desde donde se garantiza la correcta gestión de las órdenes de dispensación recibidas, distribución de los medicamentos solicitados y control de dichos medicamentos que se van a utilizar en el tratamiento de los pacientes por prescripción facultativa.

Entendemos por medicamentos aquellas sustancias químicas o biológicas que se utiliza con el propósito de prevenir, aliviar, tratar o diagnosticar enfermedades, trastornos o afecciones en el cuerpo humano. Los medicamentos pueden tomar

diversas formas, incluyendo tabletas, cápsulas, líquidos, cremas, inyecciones, supositorios y más. Estos compuestos están diseñados para interactuar con el cuerpo de diferentes maneras para lograr un efecto terapéutico específico.

En este servicio de farmacia hospitalaria, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel fundamental, ya que colabora con el equipo de farmacéuticos y enfermeros para garantizar un manejo eficiente y seguro de los medicamentos en el hospital.

En el presente trabajo tenemos como objetivo principal el de analizar las funciones específicas que desempeña un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el servicio de farmacia hospitalaria, resaltando su importancia en el proceso de atención médica.

2 Objetivos

- Identificar las principales responsabilidades del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el servicio de farmacia hospitalaria.
- Evaluar cómo el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería contribuye a la distribución y administración segura de medicamentos.
- Analizar la importancia de la colaboración interdisciplinaria entre el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, los farmacéuticos y el personal de enfermería en la farmacia hospitalaria.

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 entre otras, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

1. Funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el Servicio de Farmacia Hospitalaria:

- Recepción de los medicamentos con su posterior clasificación y almacenamiento adecuado de dichos medicamentos y productos farmacéuticos, atendiendo a las necesidades de conservación de cada producto, teniendo en cuenta prestar atención primero a los que tienen que conservarse en frío, los termolábiles, fotosen-

sibles o los que requieren condiciones especiales de almacenamiento por sus características.

- Preparación de dosis unitarias y empaquetado de medicamentos para su distribución por las distintas plantas hospitalarias y servicios. La preparación de la medicación de los pacientes ingresados tiende a cambiar de manera frecuente, por lo que habrá que prestar una especial atención a las posibles modificaciones del tratamiento o de la posología pautada.
- Etiquetado y registro preciso de medicamentos, garantizando la trazabilidad y seguridad en su administración.
- Colaboración en la gestión de inventario y control de stock de medicamentos en el hospital.

Apoyo en la entrega de medicamentos a las unidades de pacientes y preparación de medicamentos para tratamientos intravenosos.

2. Contribución a la Seguridad en la Administración de Medicamentos:

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería garantiza que los medicamentos estén disponibles y etiquetados correctamente, reduciendo errores en la administración.

Colabora en la preparación de dosis exactas, lo que es fundamental para evitar sobredosis o subdosificación.

La colaboración del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la gestión del inventario contribuye a mantener un suministro constante de medicamentos esenciales.

La cooperación estrecha entre el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, los farmacéuticos y el personal de enfermería es esencial para garantizar la correcta administración de medicamentos.

La comunicación efectiva entre estos profesionales ayuda a identificar posibles interacciones medicamentosas o problemas de seguridad.

5 Discusión-Conclusión

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería desempeña un rol esencial en el servicio de farmacia hospitalaria al contribuir a la distribución y administración segura de medicamentos. Sus funciones van desde la recepción y almacenamiento adecuado de los medicamentos hasta la preparación de dosis unitarias y el etiquetado preciso.

La colaboración interdisciplinaria entre el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, los farmacéuticos y el personal de enfermería garantiza la seguridad y

eficiencia en el manejo de los medicamentos en el hospital. El papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la farmacia hospitalaria es fundamental para la atención médica de calidad y la seguridad de los pacientes en el entorno hospitalario.

El trabajo en equipo en la farmacia hospitalaria asegura que los pacientes reciban el tratamiento adecuado en el momento oportuno.

6 Bibliografía

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

Capítulo 219

LOS CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA GOTA/ARTRITIS GOTOSA

LAURA ORTAS GONZÁLEZ

AZAHARA NEREIDA BLANCO MALLADA

1 Introducción

La gota o artritis gotosa es un tipo de artritis caracterizado por dolor e hinchazón en las diferentes articulaciones del cuerpo, es conocida desde tiempos remotos como “la enfermedad de los reyes”.

Se presenta como un dolor agudo acompañado de hinchazón, enrojecimiento y calor (a veces incluso presencia de fiebre) en una o más articulaciones, debido al depósito de gran cantidad de sales de urato localizadas en el interior de estas.

Las articulaciones en las que se pueden producir ataques de gota son varias, pero hay algunas que suelen tener más incidencia, como por ejemplo el dedo pulgar del pie, (conociéndose en este caso como podagra), en el tobillo, la rodilla y más de forma aislada en muñecas y dedos de la mano. También se puede presentar como bursitis mediante la inflamación de la bolsa sinovial del codo o de otra zona. El diagnóstico pasa por el análisis microscópico del líquido sinovial extraído de las articulaciones inflamadas durante el ataque de gota. En caso de tratarse de esta patología se detectará presencia de cristales de urato en el líquido sinovial

mediante el uso de un microscopio con luz polarizada. También se pueden encontrar cristales en el líquido de articulaciones asintomáticas que hubiesen estado inflamadas previamente.

2 Objetivos

- Identificar las causas y las posibles formas de prevención de la gota.
- Conocer el tratamiento más eficaz contra la artritis gotosa.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 lo relativo a las causas de la gota encontramos como causa principal la presencia de un alto nivel de ácido úrico en el organismo. Esto puede tener lugar cuando el cuerpo produce cantidades demasiado elevadas de ácido úrico o si el cuerpo presenta problemas para la eliminación del ácido úrico. Las causas exactas se desconocen, pero también hay un componente hereditario en este tipo de patologías, siendo más probable padecerlo si hay otros miembros de la familia afectados. También es más común en varones que en mujeres y en personas de edad avanzada frente a jóvenes.

Aunque esta enfermedad es difícil de poder prevenir, existen ciertos factores que pueden desencadenar los síntomas, como por ejemplo la ingesta de alcohol en grandes cantidades, el consumo de determinados alimentos ricos en purinas que puedan producir el aumento de uratos, como por ejemplo el queso manchego, los mejillones, el pulpo, las especias o la levadura de pan, así como determinados medicamentos o algunas enfermedades como la psoriasis, la artritis psoriásica, diabetes, enfermedad renal, obesidad, anemia, leucemia y otros cánceres de la sangre.

Es muy importante la detección precoz de la enfermedad para poder iniciar un tratamiento adecuado lo antes posible, por suerte actualmente disponemos de

un tratamiento muy eficaz que debe abordarse desde dos formas independientes, según se trate del tratamiento para un ataque agudo de gota o del tratamiento para el aumento del ácido úrico en sangre.

En el primer caso, se administrarán antiinflamatorios no esteroideos (AINE), colchicina, corticosteroides o un antagonista de la interleucina-1.

En el segundo caso, debemos prevenir el depósito adicional de cristales de urato, reducir la incidencia de las crisis y resolver los tofos existentes mediante la disminución de los niveles de urato en suero.

5 Discusión-Conclusión

La prevalencia de la enfermedad de la artritis gotosa o gota en nuestro país fue del 2,4% de la población adulta en septiembre del 2022, lo que equivale aproximadamente a unas 800.000 personas afectadas.

El tratamiento de la artritis gotosa o gota requiere ser abordado desde una perspectiva multidisciplinar en la que todo el personal sanitario, desde médicos, enfermeros, fisioterapeutas, TCAE, podólogos, terapeutas ocupacionales, servicios sociales etc. estén involucrados para estar a la orden del día de los progresos del paciente y para poder tratar la patología de la forma más eficaz posible estando al tanto de los nuevos desarrollos terapéuticos existentes.

6 Bibliografía

- (1) <https://www.teknon.es/blog/es/salud-az/gota-artritis-gotosa>.
- (2) <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-de-los-tejidos-musculoesquel%C3%A9tico-y-conectivo/artritis-inducida-por-cristales/gota>.
- (3) <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000422.htm#>.
- (4) <https://inforeuma.com/enfermedades-reumaticas/gota/>.
- (5) <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-enfermeria-artritis-reumatoride/>.

Capítulo 220

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL CÓDIGO ICTUS

LAURA ORTAS GONZÁLEZ

AZAHARA NEREIDA BLANCO MALLADA

1 Introducción

El código ictus es un procedimiento de actuación pre hospitalaria que se basa en reconocer de forma precoz los prodromos de un ictus, de posible tipo isquémico, priorizando los cuidados y el traslado urgente del paciente a un centro hospitalario para someterle a una terapia de reperfusión y cuidados especiales.

En el caso de tratarse de un ictus de carácter isquémico, el cual se produce por un bloqueo de una arteria intracraneal, el torrente sanguíneo se ve interrumpido de forma total o parcial, dando lugar a la privación de glucosa y oxígeno al cerebro con la consiguiente muerte celular.

El código ictus implica la notificación y el traslado de forma urgente del paciente y facilita la coordinación intrahospitalaria del equipo ictus. También permite que el tiempo de llegada al hospital sea más corto y agiliza los procesos de diagnóstico y tratamiento al paciente con ictus.

Entre los diferentes síntomas del ictus destacan la aparición de un dolor de cabeza muy intenso y de aparición brusca, la posible sensación de mareo y desequilibrio unidos a una posible dificultad para hablar, la aparición de una sensación de debilidad en extremidades superiores e inferiores pudiendo dar lugar a la paralización de un lado del cuerpo, la alteración de carácter visual pudiendo afectar a uno o a ambos ojos.

2 Objetivos

-Conocer las posibles secuelas de un ictus que no ha sido tratado a tiempo por el código ictus.

3 Metodología

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

4 Resultados

El ictus da lugar a diferentes tipos de secuelas, entre ellas podemos destacar las secuelas físicas, las alteraciones en el estado de ánimo y las alteraciones de carácter cognitivo.

En cuanto a las secuelas físicas, la musculatura puede verse debilitada dando lugar a un mayor riesgo de caídas, el habla puede verse comprometida dando lugar a afasia, disartria o mutismo,

También se producen alteraciones sensitivas como hormigueo o falta de tacto en la parte del cuerpo afectada, pueden aparecer contracciones involuntarias de algunos músculos que pueden dar lugar a rigidez, dolor o contracturas.

Respecto a las alteraciones del estado de ánimo, suelen producirse en los primeros tres meses después del ictus y consisten en síntomas de carácter depresivo como falta de apetito, dificultad de concentración y alteraciones del sueño. También pueden aparecer sentimientos de apatía, irritabilidad o falta de conciencia de las secuelas del ictus.

En cuanto a las secuelas de carácter cognitivo, estas suelen traducirse en demencia, falta de atención o en una disminución de la memoria, así como también pueden aparecer problemas de orientación o dificultades en la planificación y en la organización de determinadas tareas.

Como medidas de educación sanitaria dirigidas a la población general con el fin de evitar en la medida de lo posible la aparición de un ictus podemos destacar:

Llevar una dieta lo más sana posible, reduciendo la sal y las grasas saturadas, realizar actividad física adaptada a las necesidades de cada persona, tratar de evitar la obesidad, ya que es un factor de riesgo, controlar de manera periódica la

presión arterial acudiendo al médico ante cualquier aumento significativo de la misma, medir los niveles de azúcar en sangre de forma regular, evitar el tabaco y el consumo excesivo de alcohol

5 Discusión-Conclusión

El ictus es un problema muy grave que da lugar a una muerte cada quince minutos en nuestro país. Es la causa más importante de invalidez o discapacidad y la segunda causa de demencia. El 75% de los ictus afectan a personas mayores de 65 años y teniendo en cuenta que se estima que en 2050 nuestro país será de las poblaciones más envejecidas del mundo, se prevé un aumento del número de casos en los próximos años.

Está demostrado que un control sobre los factores de riesgo vascular y la reducción de tiempo de llegada al hospital son aspectos cruciales para la prevención y tratamiento del ictus, así como en la disminución de las posibles secuelas.

6 Bibliografía

- (1) <https://rithmi.com/que-es-un-codigo-ictus/>.
- (2) <https://hospital.vallhebron.com/es/asistencia/consejos-de-salud/impacto-y-secuelas-frecuentes-despues-de-un-ictus>.
- (3) <https://salud.asepeyo.es/pacientes/8-consejos-para-prevenir-el-ictus/>.

Capítulo 221

CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA A PACIENTES EN CUIDADOS PALIATIVOS

LAURA ORTAS GONZÁLEZ

AZAHARA NEREIDA BLANCO MALLADA

1 Introducción

Los cuidados paliativos son cuidados que ayudan a personas que tienen enfermedades con una expectativa de vida limitada a sentirse mejor previniendo o tratando los síntomas y efectos secundarios de la enfermedad y el tratamiento. Estos cuidados alivian el dolor físico del paciente y también tratan problemas de carácter emocional, social, práctico y espiritual. Respetan la vida y contemplan la muerte como algo natural. No intentan acelerar ni retrasar el momento de la muerte y ofrecen al paciente unas herramientas que le permitan vivir de la manera más activa y digna posible hasta el fallecimiento, ofreciendo también un soporte psicológico a la familia para asimilar el proceso y cubrir las necesidades de ambos. Tratan de mejorar en la medida de lo posible la calidad de vida del paciente y de influir de una forma positiva en el curso de la enfermedad. Estos cuidados pueden aplicarse desde las primeras fases de la enfermedad, de forma paralela a otras terapias empleadas para tratar de prolongar la supervivencia del paciente como por ejemplo el tratamiento de quimioterapia o radioterapia en el caso de cáncer.

A este tipo de cuidados tienen derecho todas las personas que padezcan enfermedades avanzadas, progresivas y sin esperanza de curación, así como los familiares de los pacientes.

2 Objetivos

- Dar a conocer los derechos del paciente en cuanto a cuidados paliativos
- Indicar los síntomas y problemas derivados de una enfermedad terminal

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha llevado a cabo una ardua tarea de investigación basada en la revisión bibliográfica de diversos artículos sobre el tema que nos ocupa presentes en la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda avanzada en libros relacionados y se ha sacado información de las principales bases de datos.

4 Resultados

Los derechos del paciente en cuanto a la atención de cuidados paliativos se resumen en lo siguiente:

- Derecho al cuidado paliativo: los pacientes tienen derecho a este tipo de cuidado bajo la prescripción de un facultativo
- Derecho a la información: El paciente tiene derecho a ser informado de todo lo relativo a su proceso de una manera clara y completa por parte de su médico.
- Derecho a una segunda opinión: El paciente tiene derecho a pedir una segunda opinión sobre su diagnóstico.
- Derecho a suscribir el documento de voluntad anticipada: El paciente puede en caso de encontrarse en sus facultades mentales y legales indicar su decisión de no someterse a tratamientos médicos que sean innecesarios que pudiesen prolongar su vida.
- Derecho a participar de una forma activa en el proceso de atención y en la toma de decisiones de los cuidados paliativos sobre los planes de carácter terapéutico
- Derechos de niños, niñas y adolescentes: Si el paciente es menor de 14 años son sus padres o tutores quienes decidirán por ellos. Si el paciente tiene entre 14 y 18 años será consultado sobre la decisión a tomar

-Derecho de los familiares: Si el paciente no está consciente la decisión sobre los cuidados la tomará su cónyuge o sus hijos mayores y en última instancia serán sus padres o familiares cercanos por consanguinidad.

En cuanto a los síntomas y problemas derivados de una enfermedad terminal destacan el dolor, la dificultad para conciliar el sueño, dificultad para respirar, ausencia de ganas de comer... los tratamientos que pueden ser de utilidad para estos problemas pasan por la orientación nutricional, los medicamentos, la fisioterapia, la terapia ocupacional y terapias integradoras.

Hay otros problemas a los que se enfrentan estos pacientes como son los problemas emocionales y sociales que se traducen en sensación de angustia, ansiedad, miedo, desesperanza o depresión. Para estos problemas los tratamientos se basan en reuniones de tipo familiar, grupos de apoyo, asesoramiento y citaciones con profesionales de la salud mental.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados paliativos son muy importantes para dotar de una mejor calidad de vida a las personas que los reciben, así como para mejorar la situación de sus familiares ya que muchas personas sufren viendo sufrir a sus seres queridos.

Es una cuestión de tal relevancia que actualmente se celebra el día mundial de los cuidados paliativos el segundo sábado del mes de octubre. Es una jornada de carácter especial que organiza un comité de la Alianza Mundial para los Cuidados paliativos. El objetivo de este día es concienciar a la población mundial de la importancia de recibir cuidados y atención en el último trayecto de la vida.

6 Bibliografía

- (1) <https://www.sergas.es/asistencia-sanitaria/Qu%C3%A9-son-los-cuidados-paliativos?idioma=es>
- (2) <https://medineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000536.htm>
- (3) ABECÉ Cuidados Paliativos Minsalud

Capítulo 222

LA REHABILITACIÓN DE LOS CENTROS SANITARIOS Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

INMACULADA CONCEPCION MARTÍNEZ CARRETERO

TANIA VALERA ZAMORA

SONIA LOZANO GARCIA

LOIDA SERRANO LOPEZ

ANA MARÍA DOMÍNGUEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Hablaremos de la función de los técnicos de cuidados auxiliares en los servicios en el servicio de rehabilitación de los centros hospitalarios y de cómo tratar a los pacientes que acuden a ellos por lesiones que tiene que rehabilitar. La rehabilitación se define como una especialidad médica que abarca una amplia gama de procedimientos médicos, psicológicos y sociales que maximizan el desarrollo del paciente y lo ayudan a adaptarse a una discapacidad en cualquier área de la vida, ya sea física, psicológica o social. La responsabilidad principal del especialista en

atención de apoyo (TCAE) es trabajar con el equipo de rehabilitación para realizar tareas administrativas y de enfermería básicas, como varias funciones organizativas, limpieza, tareas asignadas, etc. El fisioterapeuta proporciona y programa actividades de seguimiento.

Cuida tu teléfono y tu familia. Para ello, es necesario tomar cursos especializados en este campo. Según la Organización Mundial de la Salud, la rehabilitación en ciencias de la salud se define como “un conjunto de actividades sociales, educativas y laborales encaminadas a devolver la mayor eficacia e independencia posible al paciente sujeto discapacitado”. Debido a que el concepto de rehabilitación es tan amplio que abarca muchas áreas diferentes, a veces es difícil entender su función.

2 Objetivos

Conocer e indicar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en las unidades de rehabilitación de los centros hospitalarios

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación que consiste en la revisión bibliográfica existente. Se ha llevado una búsqueda sistemática en libros y artículos en las principales bases de datos Scielo y Google con palabras como “el auxiliar de enfermería en rehabilitación”.

4 Resultados

Las funciones del equipo de técnicos de cuidados auxiliares de enfermería en esta unidad que está en los hospitales están cubiertas por los artículos 74 a 84 de la Ley de Trabajadores sociales no médicos. Los deberes de la persona empleada como asistente de rehabilitación incluyen:

- Bajo la supervisión de un fisioterapeuta, limpiar y organizar los materiales utilizados en la sala.
- Comprobar la postura estática del paciente bajo la supervisión de un fisioterapeuta.
- Limpiar al paciente.
- Ayudar al terapeuta a posicionar o estabilizar al paciente en la posición de tratamiento.
- Desvestir y vestir al paciente de acuerdo con las instrucciones del tratamiento.
- Realizar tareas del paciente para optimizar el tiempo de trabajo.
- Gestión de pacientes y gestión de personal.
-

Crear entradas de texto para libros y folletos. - Recibir folletos y documentos para seguir atendiendo a los pacientes. - Recoger la ropa sucia. - Mantenimiento de equipos, mantenimiento general. - Tomar y dispensar medicamentos, comprobar el medicamento en el frigorífico. - Limpiar y organizar los materiales. - Levantar y dejar la ropa blanca. El uso de la rehabilitación puede reducir los efectos de problemas de salud como traumatismos, traumatismos, etc. La rehabilitación se puede realizar en el gimnasio, en casa o en el consultorio médico, según las necesidades individuales, ya sea que la lesión sea menor o mayor. normalmente un fisioterapeuta en el centro, las lesiones más graves se tratan en un hospital. La forma más común de rehabilitación está dirigida a la recuperación parcial o total de una o más enfermedades, lesiones y otras lesiones causadas por algún accidente. Entre los especialistas que deben realizar esta tarea se encuentran los fisioterapeutas y las enfermeras.

Siempre se tienen que hacer las cosas bajo la supervisión y visto bueno de los profesionales A1y A2.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo destacando que el departamento de rehabilitación debe de tener unas funciones que favorezcan el desarrollo de los movimientos a realizar, también debe tener un espacio de diferenciación, ya que dependiendo de la patología a tratar existen diferentes tipos de rehabilitación. Después de que el especialista en rehabilitación haya indicado las áreas antes mencionadas, cada paciente se dirige a una habitación específica para él. Las funciones realizadas por el asistente de enfermería de rehabilitación son importantes para permitir que los trabajadores de la salud realicen su trabajo de manera efectiva y que los pacientes se recuperen lo más rápido posible.

6 Bibliografía

1. B.O.E. del 28 y 30 de Abril de 1973.
2. www.revistamedica.com

Capítulo 223

ATENCIÓN A LA TERCERA EDAD POR PARTE DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

INMACULADA CONCEPCION MARTÍNEZ CARRETERO

TANIA VALERA ZAMORA

SONIA LOZANO GARCIA

LOIDA SERRANO LOPEZ

ANA MARÍA DOMÍNGUEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Hablaremos sobre la etapa de la vejez , donde empezamos a tener mas achaques de salud por lo general . La vejez comienza alrededor de los 65 años, aunque los 60 de hoy no tienen nada que ver con las necesidades de los 60 hace 10 o 20 años. Para ello, primero debemos reconocer que el Auxiliar Tecnólogo de Enfermería (TCAE) es el profesional sanitario que más tiempo pasa en contacto con los pacientes, respondiendo a las necesidades básicas de su versión y cubriendo todas las áreas vulnerables del paciente. debido a su edad. En base a esto, es fundamental conocer las necesidades de los pacientes mayores, qué se cubre y cómo realizar una valoración geriátrica integral. A partir de esta valoración geriátrica integral, se puede ver claramente qué necesidades no se equilibran con el envejecimiento fisiológico o patológico del paciente geriátrico, así como con las barreras arquitectónicas.

(restringiendo su integración en la sociedad) o social, adictivo y discapacitado, es difícil encontrar una solución. Además de esta ayuda, deben responder y cubrir estas áreas de pacientes mayores de tres maneras.

áreas: mental, física y social; que el paciente necesita conocer sus necesidades y así satisfacer siempre al paciente geriátrico, colaborando siempre con todos los especialistas que componen el equipo geriátrico integral.

2 Objetivos

Describir el procedimiento de cuidados básicos del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería para la prevención y atención sociosanitaria al paciente geriátrico.

3 Metodología

Para desarrollar el trabajo se realizó una revisión bibliográfica sistemática. Este estudio se realizó en la base de datos Dianet, Medline, Scielo y Cuiden, en libros, revistas, videos e investigaciones publicadas en línea y en una variedad de trabajos de investigación extraídos de numerosas publicaciones académicas revisadas por pares. Los términos de búsqueda incluyen: TCAE, geriatría, atención primaria geriátrica, adicción, necesidades del paciente geriátrico.

4 Resultados

Veremos que tal resulta el paciente geriátrico en el servicio de hospitalización, y el proceso a llevar por el personal técnico de cuidados auxiliares de enfermería. Hablando de síndromes geriátricos, podemos distinguir varias patologías, siendo las más importantes: inactividad, caídas, incontinencia urinaria, disfunción cognitiva, etc. Los TCAE necesitan conocer las características de cada uno para cubrirlos de manera efectiva. Las funcionalidades que destacamos son: - Ayudar al usuario a levantarse de la cama, limpiarlo y vestirlo, además de otras tareas que necesite. - Acompañarlos a servicios ambulatorios o de consejería si es necesario. - Ayúdelos a ir al baño si es necesario. - Ayudar al paciente a integrarse con otros compañeros y con la comunidad. Acompáñalos en las actividades que necesiten para evitar caerse y perderse. - Ayudarles a comer y beber, fomentar y motivar el autocontrol del paciente. - TCAE trabajará con los miembros del

equipo para recopilar datos sobre su salud: cambios físicos y mentales, temperatura, producción de orina, estado de ánimo o salud. - TCAE también cooperará en la administración de medicamentos, vendajes o medicamentos, enemas (excepto inyección intravenosa). - TCAE notificará a los seres queridos sobre los cambios en la vejez. - Evitar caídas que puedan causar lesiones graves, ya que esta puede ser una de las causas de muerte de los adultos mayores, se examinará el medio ambiente al respecto: evitar alfombras, lugares donde las manos se cruzan con pasamanos y barandales, etc. - Cuidar al paciente, comprenderlo y brindarle apoyo emocional. El TCAE debe alentar a los pacientes a hacer ejercicio en todo momento bajo la supervisión de un médico. - El lenguaje debe ser sencillo y claro, además de tono más alto por problemas de audición. - El TCAE debe fomentar las visitas familiares proporcionando un espacio íntimo y evitando la soledad.

5 Discusión-Conclusión

Al revisar el directorio, podemos concluir que TCAE se dedicará a ayudar o proporcionar a los pacientes de la tercera edad las necesidades básicas como alimentación, higiene, transporte hacia y desde la cama, así como otras necesidades. son esenciales para su bienestar, como el compañerismo, la comprensión, la empatía y la motivación que contribuyen a una vida sana y saludable. El TCAE pasará a formar parte de un grupo de especialistas cuyas funciones apoyen sus funciones o labores, por ejemplo, en la entrega de medicamentos (como parte de la enfermería o como indicación complementaria) y en la transmisión para lograr cambios en pacientes de edad avanzada.

6 Bibliografía

1. Rodríguez Rodríguez, J. R., Zas Tabares, V., Jiménez, E. S., López, R. S., & Ramos, M. D. C. C. (2014). Evaluación geriátrica integral, importancia, ventajas y beneficios en el manejo del adulto mayor. *Panorama Cuba y Salud*.
2. Fernández, L. K. (2010). Valoración geriátrica integral. *El residente*.
3. Núñez, R. C., Martínez, M. C., Villanueva, N. H. L., Hernández, R. M. A., Alemán, A. F., & Alanís, M. D. C. V. (2008). Satisfacción con el cuidado de Enfermería del adulto mayor hospitalizado. *Enfermería Universitaria*.
4. Vernet Aguiló, F. (2007). Conceptos básicos de enfermería en la atención gerontológica según el Modelo V. Henderson. *Gerokomos*.

5. Montenegro, E. P., & Cuellar, F. M. (2012). Geriatria y Gerontología. Bolivia: La Hoguera Investigación.
345
6. Arcaya Vitoria, M. Á. (2007). Calidad asistencial en centros gerontológicos. Revista Española de Geriatria y Gerontología

Capítulo 224

SUMINISTRAR OXÍGENO SUPLEMENTARIO A PACIENTES POR PARTE DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

LOIDA SERRANO LOPEZ

ANA MARÍA DOMÍNGUEZ FERNÁNDEZ

INMACULADA CONCEPCION MARTÍNEZ CARRETERO

TANIA VALERA ZAMORA

SONIA LOZANO GARCIA

1 Introducción

La oxigenoterapia es un tratamiento médico que consiste en suministrar oxígeno suplementario a pacientes con deficiencia de oxígeno en su organismo. En el entorno hospitalario, existen varios sistemas de oxigenoterapia utilizados para administrar el oxígeno de manera segura y efectiva. Estos sistemas están diseñados para adaptarse a las necesidades específicas de cada paciente y su condición médica.

Uno de los sistemas más comunes es el suministro de oxígeno a través de cánulas nasales. Estas cánulas son pequeños tubos de plástico flexible que se insertan en las fosas nasales del paciente. Proporcionan un flujo constante de oxígeno en concentraciones variables según las necesidades del paciente.

Otro sistema utilizado es la mascarilla de oxígeno, que cubre la nariz y la boca del paciente. Existen diferentes tipos de mascarillas, como las de flujo alto y las de venturi, que permiten regular con precisión el flujo y la concentración de oxígeno suministrado.

Además, se utilizan sistemas de humidificación para evitar la sequedad de las vías respiratorias debido al suministro continuo de oxígeno. Estos sistemas añaden humedad al aire inhalado, lo que ayuda a prevenir la irritación y la sequedad en las vías respiratorias.

En algunos casos, se utilizan sistemas más avanzados como la cámara hiperbárica, que proporciona oxígeno a altas presiones. Este sistema se utiliza en el tratamiento de enfermedades como la enfermedad descompresiva y algunas infecciones.

El concepto principal de los sistemas de oxigenoterapia en el hospital es asegurar que los pacientes reciban la cantidad adecuada de oxígeno para mantener una oxigenación adecuada en su organismo. Los sistemas se adaptan según las necesidades del paciente y su condición clínica, siempre bajo supervisión médica. La oxigenoterapia puede ser utilizada de forma temporal durante el período de recuperación de una enfermedad o como un tratamiento a largo plazo para enfermedades crónicas.

Es importante destacar que el uso de los sistemas de oxigenoterapia debe ser adecuadamente monitorizado y ajustado según la respuesta del paciente. También se deben tener en cuenta consideraciones como la inflamabilidad del oxígeno y las precauciones necesarias para su manejo seguro.

La oxigenoterapia en el entorno hospitalario se refiere al suministro de oxígeno suplementario a los pacientes que presentan deficiencia de oxígeno. Los sistemas de oxigenoterapia utilizados, como las cánulas nasales, las mascarillas y las cámaras hiperbáricas, se adaptan a las necesidades individuales del paciente para garantizar una adecuada oxigenación. El objetivo principal es mejorar la oxigenación y el bienestar del paciente, bajo la supervisión y ajuste médico correspondiente.

2 Objetivos

El objetivo de esta publicación es explicar las distintas funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en los servicios de oxigenoterapia

3 Metodología

Para esta elaboración se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda de libros, vídeos y también artículos en las principales bases de datos: Dialnet, Medline, Pubmed y Scielo, seleccionando aquellos procedentes de publicaciones académicas revisadas sobre dicho tema, en este caso: oxigenoterapia, TCAE, cuidados básicos, sistemas de oxígeno.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) juega un papel importante en el tratamiento médico con oxigenoterapia, brindando apoyo al personal de enfermería y al paciente. Aunque la administración y ajuste del tratamiento de oxigenoterapia es responsabilidad del personal de enfermería y el médico, el TCAE desempeña diversas funciones clave en el proceso. A continuación, se describen algunas de las funciones del TCAE en un tratamiento médico con oxigenoterapia:

Preparación del equipo: El TCAE es responsable de preparar el equipo necesario para el tratamiento de oxigenoterapia. Esto incluye asegurarse de que las cánulas nasales, mascarillas u otros dispositivos estén limpios, en buen estado y listos para su uso. También puede ayudar en la preparación de sistemas de humidificación o cámaras hiperbáricas si se requieren.

Colocación de dispositivos: El TCAE puede asistir en la colocación de los dispositivos utilizados en el tratamiento de oxigenoterapia, como las cánulas nasales o las mascarillas. Esto implica asegurarse de que los dispositivos estén correctamente ajustados y cómodos para el paciente, siguiendo las indicaciones del personal de enfermería.

Monitorización de signos vitales: El TCAE puede ser responsable de la monitorización de los signos vitales del paciente durante el tratamiento de oxigenoterapia. Esto incluye la toma de la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno, utilizando los equipos adecuados y registrando los resultados según las indicaciones del personal de enfermería.

Apoyo al paciente: El TCAE juega un papel importante en el apoyo emocional y físico del paciente durante el tratamiento de oxigenoterapia. Puede proporcionar información básica sobre el procedimiento, responder a preguntas del paciente y brindar comodidad y asistencia en la medida de lo posible. Además, el TCAE puede ayudar a mantener un entorno tranquilo y seguro para el paciente.

Mantenimiento y limpieza del equipo: El TCAE es responsable de mantener el equipo de oxigenoterapia limpio y en buen estado. Esto incluye la limpieza y desinfección adecuada de los dispositivos utilizados, el almacenamiento adecuado y el seguimiento de los protocolos de seguridad establecidos.

Es importante destacar que el TCAE trabaja bajo la supervisión del personal de enfermería y sigue los protocolos y directrices establecidas para garantizar una atención segura y efectiva durante el tratamiento de oxigenoterapia. Su colaboración en estas funciones contribuye a un manejo adecuado del tratamiento, brindando apoyo al paciente y asegurando la disponibilidad y buen estado del equipo necesario.

5 Discusión-Conclusión

Un consejo principal para el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el tratamiento con oxigenoterapia es asegurarse de seguir las indicaciones y protocolos establecidos por el personal de enfermería y médico. Es fundamental entender y respetar las dosis, el flujo y la concentración de oxígeno prescritos para cada paciente. Además, se debe prestar atención a la colocación correcta de los dispositivos y a la comodidad del paciente durante el tratamiento. Es esencial estar atento a cualquier cambio en la condición del paciente y comunicar de inmediato al personal de enfermería cualquier problema o preocupación. Mantener una comunicación efectiva y una colaboración cercana con el equipo de atención médica contribuirá a un tratamiento seguro y exitoso con oxigenoterapia.

6 Bibliografía

1. https://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/aux_Enfermería/T12-AE-SCS2007.pdf.
2. <https://Enfermería.top/apuntes/tcae/oxigenoterapia/>.
3. <https://apuntesauxiliarEnfermería.blogspot.com/2011/01/laoxigenoterapia.html>.
4. <https://www.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448177851.pdf>.
5. <https://www.huvv.es/sites/default/files/documentos/Gui%CC%81a%20oxigenoterapia%20SEPAR.pdf>.
6. <https://medlineplus.gov/spanish/oxygentherapy.html>.
7. <https://www.areasaludplasencia.es/wasp/pdfs/7/711100.pdf>

Capítulo 225

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LOS CUIDADOS POST MORTEM

MARIA LUISA PARREÑO SÁNCHEZ

ROSA MARÍA GARCÍA HERNÁNDEZ

ALBA PEÑARANDA GARCIA

LAURA SÁNCHEZ ABAD

BERTA CARRASCO MONTEALEGRE

1 Introducción

Tomando como punto de partida la importancia de ofrecer unos cuidados de máxima calidad en todos los momentos de la vida, llegamos al instante en el que el paciente fallece y en el que debemos estar preparados para dispensar los adecuados cuidados físicos al cuerpo del paciente ya fallecido, y ofrecer apoyo a familiares y allegados.

Estos cuidados tienen como finalidad la mejora de nuestra práctica clínica, proporcionando unos cuidados idóneos en esta etapa tan difícil. Por ello, debemos tener formación e información adecuadas a la hora de realizar técnicas y en los trámites legales.

Definición de cuidados Post Mortem:

Los cuidados post mortem son aquellos cuidados que se realizan una vez que se certifica el fallecimiento de un paciente por parte del médico,

Plan de actuación:

- Esperar a que el médico certifique el fallecimiento del paciente e informe a la familia.
- Atención a la familia:
 - Valorar la reacción emocional de la familia.
 - Facilitar a la familia la posibilidad de ver el cuerpo.
 - Proporcionar intimidad dentro de lo posible (biombos o sacar el cuerpo a una habitación individual.)
 - Ofrecer disponibilidad en todo lo que necesiten.
 - Facilitar apoyo emocional según demanda.
 - Preguntaremos si quieren participar en los cuidados Post Mortem, junto al equipo de enfermería.

Cuidados al niño:

(se realizarán entre la enfermera y el TCAE, además de la familia si quieren participar en ello)

- Preparar material necesario: gasas ,esparadrapo, sudario, celulosas con agua, guantes y pegatinas identificativas del cuerpo.
- Proporcionar intimidad cerrando la puerta de la habitación o poniendo biombos.
- Lavado de manos y alcohol gel. Colocación de guantes.
- Colocar al fallecido en decúbito supino para evitar deformaciones de cara y cuerpo.
- Cerrar los párpados y boca, realizando una ligera presión con la punta de los dedos durante unos segundos.
- Aspirar secreciones, si tiene muchas.
- Retirar drenajes, catéteres de vías periféricas y centrales, sonda orogástrica, sonda vesical, tubo endotraqueal... en definitiva retirar cualquier dispositivo que llevase mientras los cuidados paliativos.
- Lavar con agua y jabón las zonas manchadas del cuerpo.
- Colocar un pañal limpio.
- Identificarlo con su pulsera o pegatina.
- Ofrecer a la familia un tiempo de despedida (la posibilidad de vestirlo con su ropa) y dejar pasar allegados.
- Desvestir al niño e introducirlo en el sudario, identificándolo con su etiqueta.
- Cubrir el cadáver con una sábana para su traslado al mortuario.

- Desechar el material utilizado.
- Quitarse guantes.
- Entregar los objetos personales del fallecido a la familia.
- Informar a la familia acerca del traslado al mortuario.
- Avisar al celador para su traslado al mortuario.
- Recogeremos el puesto del niño y procesaremos todo el material reutilizable.
- Avisar al personal de limpieza para el tratamiento adecuado de las superficies y suelos .
- Procederemos a limpiar y montar el puesto para un próximo paciente.

Registro y documentación:

- Avisar a los celadores del mortuario.
- Dejar constancia por escrito en la historia clínica del día, hora del fallecimiento y cuidados aplicados.
- Verificar que el parte de traslado al mortuario acompaña al niño.
- Recoger la historia clínica y entregarla en Secretaría.

2 Objetivos

Dar a conocer el papel del TCAE en los cuidados post mortem.

3 Metodología

Para la publicación de este capítulo se ha recogido información en varias páginas web, artículos y libros con información específica sobre los cuidados Post Mortem adaptándolos a una unidad pediátrica, ya que actualmente desarrollo mi actividad profesional en UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales).

4 Resultados

Después de buscar la información necesaria para la realización de esta publicación, cabe destacar que no solo es nuestro papel como Tcae realizar los propios cuidados Post Mortem, en conjunto con el equipo de enfermería, sino que también deberemos ayudar a la familia a empezar su duelo, ya que es con nosotros con quienes han pasado los últimos días de vida de su hijo.

Durante los cuidados paliativos del paciente y hasta que ha llegado el fin de su vida hemos sido su familia de pijamas verdes, y por ello la muerte de un niño es

un suceso muy traumático tanto para la familia como para el personal sanitario que lo atiende.

El acompañamiento es: Toda actividad que, conscientemente realiza el equipo humano que atiende al niño para que él y su familia no se sientan solos, puedan mantener, intensificar o fortalecer los vínculos entre ellos y se preparen a recibir e integrar el hecho de la muerte de la forma más tranquila y humana posible, respetando y apoyando sus valores y convicciones éticas y religiosas.

El duelo es tan natural como llorar cuando te lastimas, dormir cuando estás cansado, comer cuando tienes hambre, estornudar cuando te pica la nariz. Es la manera en que la naturaleza sana un corazón roto”. Doug Manning. “No me quitéis mi duelo”.

Como manifestaciones del duelo pueden aparecer:

- Sentimientos de tristeza, ira, resentimiento, culpabilidad, depresión o soledad.
- Signos físicos como insomnio, pérdida de apetito, sensación de ahogo, sequedad de boca, problemas gastrointestinales, nerviosismo o tensión.
- Pensamientos de negación, confusión o preocupación.

El duelo se resuelve mejor si se cuenta con soporte emocional y social adecuado.

Algunas sugerencias para intentar ayudar a los padres en su duelo:

- Acompañarlos, estar cerca y apoyarles para que expresen sus sentimientos.
- Animarlos a ver a su hijo, tocarlo, darles la oportunidad de tenerlo con ellos en una habitación aparte, el tiempo que quieran para despedirse, y con otros familiares o amigos, si así lo desean.
- Informarles sobre: o La autopsia, las gestiones administrativas y los trámites funerarios o los grupos de apoyo al duelo.
- Guardar algún recuerdo del niño en la historia clínica, si los padres lo rechazan ahora, por si desean tenerlo posteriormente.
- Enviarles una carta de condolencia unos días después del fallecimiento desde el servicio.
- Ofrecerles una cita, unos meses después, para hacer un seguimiento si lo desean.

Frases para usar durante el fallecimiento, realización de los cuidados Post Mortem e iniciación al duelo:

- Siento lo que les ha pasado.
- Lo siento mucho.
- Lloren si lo desean.

-Estoy aquí para lo que necesiten.

5 Discusión-Conclusión

- Se actuará en todo momento manteniendo la calma y respetando la intimidad del fallecido y su familia.
- Se creará un ambiente lo menos traumático posible para los acompañantes del resto de niños de la unidad.
- Actuaremos siempre con la mayor discreción posible.
- El cadáver tiene que presentar un aspecto limpio y cuidado.
- Nos aseguraremos de la correcta identificación del fallecido antes del traslado al mortuario.
- Preguntaremos a la familia si quiere ser partícipe en la realización de estos cuidados, es fundamental para la humanización de cualquier unidad dentro del ámbito hospitalario. Si deciden que prefieren no hacer dichos cuidados con nosotros, prepararemos una caja en la que introduciremos todos los objetos personales del paciente para entregárselo a la familia.

6 Bibliografía

1. Revisión de los protocolos de Ucin.
2. Desarrollo de mi propia experiencia profesional en Ucin.
3. Temario específico de oposiciones de Tcae.
4. <https://www.somostcae.es/cuidados-post-mortem/>
5. <https://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/e3b606c6c8cf577e80629d3a0191adcc.pdf>
6. <http://www.auxiliarenfermeria.com/tecnicasauxenf.htm#marc05>.
7. <https://ahoramindfulnessydesarrollpersonal.com/acompanamiento-al-duelo-terapia-transpersonal/>

Capítulo 226

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA TOMA DE MUESTRAS

M. CARMEN NÚÑEZ ORTIZ

MONTSERRAT PAULET NAVARRO

MARÍA ALMUDENA RUIZ NOBLEJAS

VICENTA LARA HERREROS

MÓNICA ALEXANDRA CANO CASTRO

1 Introducción

Las muestras biológicas son las materias que proceden del ser humano, a partir de las cuales se obtiene información genética del individuo, tales como la sangre, heces, esputos, Orina, Vómitos, LCR, Líquido seminal, piel, pelo, uñas, exudados: conjuntival, ótico, de heridas, nasal, uretral, vaginal, faríngeo.

Todas las muestras necesitan una buena manipulación para poder obtenerlas debidamente. Para su conservación y para su envío, se deben seguir unos protocolos para que cuando la muestra llegue al laboratorio no sea desechada, bien porque haya escasa cantidad o no haya sido bien recogida, o identificada, transportada o conservada.

La conservación y el envío de las muestras es muy importante para así poder tener un resultado fiable y poder diagnosticar debidamente al paciente, aquí la labor del TCAE es muy importante, puesto que es el encargado de la toma, manipulación, conservación y transporte hasta su envío al laboratorio de análisis clínicos, que es el lugar donde se analizan para estudiar las diferentes enfermedades. En función de la muestra enviada hay diferentes especialidades dentro del laboratorio como el apartado de bioquímica, hematología, microbiología, anatomía patológica, inmunología, etc.

Las muestras biológicas deben ser recogidas dependiendo de las propiedades que estas tengan y de los procedimientos de trabajo que cada centro sanitario tenga.

2 Objetivos

- Explicar las funciones del TCAE en la toma de muestras.
- Conocer el tipo de cada muestra para la recogida en óptimas condiciones.
- Saber conservar debidamente cada tipo de muestra hasta su envío al laboratorio.
- Saber Procesar el envío de la muestra de una forma correcta.

3 Metodología

Para la elaboración del este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica consultando las principales bases de datos tales como PubMed, Medline, Scielo. también se han consultado artículos relacionados con el tema. Las palabras clave que en este caso se han utilizado y combinado entre si han sido “muestra”, “biologica”, “Laboratorio”, “procesar”, “estéril”.

4 Resultados

Lo primero de todo para poder obtener la muestra de manera adecuada es saber qué tipo de muestra vamos a recoger, el tipo de envase que hay que utilizar y la técnica que se va a llevar a cabo,

Dentro de las muestras para analizar destacamos:

- Sangre: hemocultivos, gasometrías, bioquímicas...
- Orina: puede ser para urocultivo, sedimento, orina de 24 horas, necesitan recipientes diferentes.

- Heces: Coprocultivo, parásitos, oxiuros, sangre oculta en heces, también varía el envase.
- Vómitos.
- Líquido cefalorraquídeo.
- Exudados.
- Semen.
- Esputos.

Es muy importante tener claro el tipo de recipiente que necesita cada tipo de muestra, los cuales pueden ser:

- Botes de boca ancha, estériles y de plástico, se utilizan para las muestras de orina y heces
- Botes de boca estrecha que pueden llevar conservantes
- Tubos de llenado por vacío para la sangre.
- Hisopos para la recogida de los diferentes tipos de exudados.
- Jeringas para gasometrías tanto arteriales como venosas.

La recogida de muestras siempre debe ir acompañada de un volante o solicitud que se realiza por petición médica, debidamente cumplimentada y firmada.

La finalidad de la petición médica para la recogida de muestras puede ser cualquiera de las siguientes:

- Diagnóstico de un proceso patológico
- seguimiento de una enfermedad activa o anterior.
- Prescribir fármacos para una infección o enfermedad.
- proyectos de investigación.
- Almacenamiento en biobanco

Una vez que la muestra se ha recogido puede haber fallos a la hora de la conservación y envío que puede acarrear que la muestra no sea válida y haya que repetir todo el proceso, lo que conllevaría un perjuicio y retraso en el diagnóstico para ese paciente.

Existen tres fases en el proceso de análisis de las muestras biológicas:

- LA FASE PREANALÍTICA: tras la petición del médico, se prepara el material y el paciente para la recogida de la muestra.

- LA FASE ANALÍTICA: abarca desde que se toma la muestra hasta que se emite el informe con los resultados.
- LA FASE POSTANALÍTICA: donde el médico interpreta los resultados para realizar un diagnóstico.

A la hora de tomar una muestra el TCAE debe:

- Preparar al paciente, informarlo de la muestra que se va a recoger y cómo se va a recoger.
- Preparar el material necesario. La toma de muestra ha de hacerse de la forma más aséptica posible, para que no haya contaminación.
- Colaborar durante el proceso de recogida.
- Es obligatorio el uso de guantes.
- Manipular correctamente los recipientes.
- Identificar la muestra una vez obtenida.
- Recoger el material
- Si el paciente está hospitalizado, llevarlo a su unidad.
- Conservar y transportar la muestra adecuadamente.

El TCAE se debe preocupar de que la muestra llegue al laboratorio en perfecto estado

Los envases deben ir etiquetados de manera correcta.

Si no se pudiese enviar la muestra nada más recogerla, el TCAE debe conocer su forma de conservación hasta su envío al laboratorio las muestras de sangre, orina, esputo y sangre, se conservan en nevera de 4 a 6°

Los hemocultivos y el LCR se conserva en estufa a 37° sangre, parásitos, exudados, contenido gástrico, piel, pelo y uñas se conserva a temperatura ambiente.

Las gasometrías arteriales, se deben enviar en cuanto se recoge.

El líquido seminal se debe enviar antes de dos horas.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE debe formarse debidamente para la recogida de muestras, y que estas se recojan lo más correctamente posible.

Evitando que se produzca una alteración de las propiedades de la muestra, siempre se deberán conservar lo más parecido a las originales, y con ello asegurarnos que los resultados serán los adecuados.

Se reducirán todos los riesgos posibles, cumpliendo las medidas de seguridad.

Tras la recogida de la muestra, se debe enviar al laboratorio lo más rápido posible.

El conjunto de todo esto hace posible que la muestra pueda ser recepcionada correctamente por parte del laboratorio para ser analizada y así conseguir un buen diagnóstico.

6 Bibliografía

Procedimiento de recogida de muestras biológicas del TCAE - Ocronos - Editorial Científico-Técnica (revistamedica.com).

Toma de muestras, transporte y almacenamiento en el hospital | Docsity.

Procedimientos de recogida y transporte de muestras biológicas - PDF Descargar libre (docplayer.es).

Procedimientos de Recogida y Transporte de Muestras Biológicas | Enfermería

Bravo Mendoza, C. (2021). Muestras Biológicas Para Pruebas De Laboratorio. Revista Ocronos, Vol. IV.(Nº 12), 392. <https://doi.org/https://revistamedica.com/muestras-biologicas-pruebas/>

López López, R. (2001). Manejo y transporte de muestras en microbiología. Elsevier, Vol. 20.(Núm. 8.), páginas 122-. <https://doi.org/https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-manejo-transporte-muestras-microbiologia>

Picazo, J. J., Piédrola de Angulo, G., García Sánchez, J. E., & Gómez-Lus Centelles, M. L. (1993). Recogida, transporte y conservación de muestras.

Procedimientos En Microbiología Clínica. <https://doi.org/https://www.seimc.org/contenidos/documentoscientificos/procedimientosmicrobiologia/seimc->

procedimientomicrobiologia1.pdf

Capítulo 227

ULCERAS POR PRESIÓN Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARIA DE LOS ANGELES ALONSO DIAZ

MARÍA CRISTINA NAVA RODRIGUEZ

BEGOÑA ANTUÑA ALISTE

ALICIA QUESADA VIDAL

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP), son lesiones localizadas y causadas principalmente por la presión no controlada y prolongada durante cierto tiempo en una misma zona de apoyo.

La estancia prolongada de un paciente en la misma posición en cama o en sedestación, provoca una menor afluencia de sangre dificultando la circulación y el aporte de oxígeno y nutrientes a las células causando la degeneración de la piel (necrosis) de dicha zona.

Así como un yeso o prótesis mal ajustado pueden dar lugar al mismo problema por el constante roce sobre una misma zona de piel.

Lo que unido a factores intrínsecos como pueden ser La edad avanzada del paciente, personas con deterioro de la movilidad, presencia de enfermedades vasculares entre otros Y factores extrínsecos como la fricción, excesiva exposición a la humedad o fuerzas de cizallamiento etc, dan lugar este tipo de lesiones .

En función de la posición del paciente, existen zonas unas más propensas que otras a sufrir UPP:

Posición Decúbito supino: Región Sacra, Talones, Codos (olécranon), Omóplatos (escápulas), Nuca (occipucio), Coxis.

Posición Decúbito Lateral: Tobillos (maleolos), Rodillas, Caderas (crestas iliacas), Costillas, Hombros (acromion), Mejillas y Orejas.

Posición Decúbito Prono: Dedos de los pies, Rodillas, Órganos genitales en el hombre, Mamas en la mujer, Hombros, Mejillas y Orejas.

Sedestación: Cara interna de la rodilla (hueco poplíteo), Tuberosidades isquiáticas (zona de la cadera entre el glúteo y el empezar del fémur).

Dependiendo del alcance de la lesión, clasificaremos las UPP en cuatro estadios o grados diferentes.

Estadio I: En este grado la piel se ve afectada a nivel de la epidermis y deja expuesta la dermis subyacente. Presenta una coloración azulada o rojiza provocando dolor y sensación de ardor en la zona.

Estadio II: Toda la piel se encuentra afectada hasta la grasa subcutánea. Aun no aparecen esfacelas. Pueden presentarse llagas o flictenas con contenido seroso o sanguinolento. Esta fase de las upp es muy dolorosa.

Estadio III: La dermis se encuentra totalmente dañada y la grasa subcutánea llega a ser visible. Puede dar lugar a la aparición de esfacelos. Los huesos, músculos y tendones aun no son visibles.

Estadio IV: La pérdida del espesor de los tejidos es total con los huesos, músculos y tendones expuestos. Incluye a menudo cavitaciones y tunelizaciones. La gravedad de este estadio, puede provocar la aparición de osteomielitis u osteítis.

2 Objetivos

Describir los aspectos fundamentales a tener en cuenta por el TCAE en relación con las úlceras por presión, su prevención y cuidados.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha realizado una búsqueda y revisión bibliográfica, así como consultado diferentes artículos y revistas específicas del género ciencias de la salud de publicaciones ya revisadas: Ocronos, Scielo, Offarm, Manual MSD, Mayo Clinic, Medline Plus, Sanum, Minsalud.

4 Resultados

La detección inmediata de las úlceras por presión, es fundamental para que no den lugar a estadios avanzados y estos provoquen otro tipo de afecciones que empeoren aun más el estado de salud del paciente.

Para ello, desde la competencia del Técnico en cuidados de enfermería, será fundamental su colaboración pues en las actividades como el aseo del paciente podremos observar si la piel ha sufrido algún tipo de cambio o lesión.

Manteniendo siempre al paciente seco, así como bien hidratado y alimentado, efectuando los cambios posturales oportunos cada 3 horas como máximo, ayudaremos en gran medida a evitar las úlceras por presión.

El uso de cremas hidratantes así como los ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) son un gran aliado para mantenimiento de una piel bien hidratada que ayudará en la no aparición de las lesiones cutáneas.

La higiene no solo del paciente, sino también la de su ropa de cama así como el pijama será también de gran ayuda. Tejidos que transpiren y mantengan la piel seca evitando la formación de arrugas y dobleces en sábanas, entremetidas o pijamas que puedan favorecer el roce y opresión dando lugar a úlceras por presión.

A la hora de secar al paciente tras el aseo, se realizará con delicadeza, evitando arrastrar la toalla y haciéndolo de forma suave y pulsátil.

Utilizar almohadas, cojines, taloneras, coderas, colchones antiescaras etc. Esto nos ayudará a aliviar y proteger las zonas de fricción u zonas de prominencias óseas del continuo roce y presión sobre ellas.

Si es posible y no existe contraindicación, la deambulación del paciente será otro factor fundamental, tanto para evitar las úlceras por presión como para favorecer la circulación de la sangre oxigenando así aquellas zonas de apoyo que se ven afectadas cuando el paciente está en cama o silla.

5 Discusión-Conclusión

Las úlceras por presión, representan un problema el cual tiene muchos factores a tener en cuenta sobre los que nosotros como profesionales de la salud podemos incidir, tanto para evitar la aparición y desarrollo de las mismas como para aplicar el tratamiento indicado cuando ya han aparecido.

El control de la posición y los planes de movilización están al alcance de cualquiera, sin ser tareas que emprendan gran dificultad y que pueden beneficiar al paciente muchísimo para evitar la aparición de las lesiones en su piel.

El compromiso de un solo profesional, nunca será suficiente para evitar las úlceras por presión. Es necesario que tanto los técnicos en cuidados de enfermería, como el propio equipo de enfermería y los médicos trabajen unilateralmente para lograr el mejor resultado y mayor eficacia en cuidados y tratamientos.

6 Bibliografía

- Úlceras por presión. Prevención, tratamiento y consejos desde la farmacia.
Vol.23. Núm.3. páginas 130/134 Marzo 2004 <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-ulceras-por-presion-prevencion-tratamiento-13059416>
- Técnico en la prevención de úlceras por presión.
Revista Ocronos. Vol.VI. Nº 9 – Septiembre 2023 <https://revistamedica.com/tecnico-prevencion-ulceras-presion/>
- Úlceras por decúbito
Manual MSD <https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-de-la-piel/%C3%BA%20ulceras-de-dec%C3%BAbito/%C3%BA%20ulceras-de-dec%C3%BAbito>
- Úlceras por presión como prevenirlas
Revista del hospital italiano de Buenos 2018 https://www.researchgate.net/profile/Osvaldo-Patino/publication/330221238_Ulceras_por_presion_como_prevenirlos/links/5c34a728458515a4c7156265/Ulceras-por-presion-como-prevenirlos.pdf
- Prevención Úlceras por presión
Ministerio de salud y protección social <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/prevenir-ulceras-por-presion.pdf>
- Revista médica Herediana
Vol.31 Nº 3.Lima. Julio/septiembre 2020 http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2020000300164

Capítulo 228

INFECCIONES NOSOCOMIALES, CAUSAS Y PREVENCIÓN

BEGOÑA ANTUÑA ALISTE

MARIA DE LOS ANGELES ALONSO DIAZ

MARÍA CRISTINA NAVA RODRIGUEZ

ALICIA QUESADA VIDAL

1 Introducción

Las infecciones nosocomiales se consideran un problema de gran envergadura en el sistema sanitario. Representa una problemática en la que existe una gran prevalencia, teniendo una gran mortalidad y un elevado coste económico. El mayor problema sumado a estas infecciones es el de la resistencia a los antibióticos de uso común. Esta resistencia es debida principalmente a la abusiva, y en ocasiones inadecuada, utilización de los antibióticos.

La infección hospitalaria o infección nosocomial es una enfermedad infecciosa que el enfermo puede adquirir mientras esta hospitalizado y que no estaba presente en fase clínica ni en fase de incubación previo a su ingreso.

“la enfermedad clínicamente reconocida de origen microbiano que afecta a los pacientes después de la hospitalización o tratamiento y a los trabajadores de la salud en su lugar de trabajo.” (OMS, 1987). Esta enfermedad puede aumentar la estancia en el centro entre 5 y 10 días.

Estas infecciones pueden ser causantes de la muerte en el 1% de los pacientes y pueden contribuir en ella un 3%.

Hace años, los médicos eran conscientes de la existencia de esta enfermedad pero pensaban que solo se transmitía de enfermo a enfermo. Fue después de años que descubrieron que el personal sanitario y no sanitario tenía un papel fundamental en la transmisión de enfermedades infecciosas.

¿Cómo prevenimos o combatimos las infecciones nosocomiales? Destacamos la importancia de la vigilancia y prevención.

2 Objetivos

Exponer los aspectos básicos a tener en cuenta con las infecciones nosocomiales, factores de riesgo y medidas preventivas de las mismas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos y en libros sobre higiene del medio hospitalario. Las palabras clave utilizadas para la recopilación de esta información son entre otras infección hospitalaria, infección nosocomial

4 Resultados

Las infecciones nosocomiales son adquiridas por los pacientes ingresados en hospitales, por motivos distintos al ingreso. Existen algunos factores de riesgo de padecer esta infección, entre los que podemos nombrar la edad y patologías previas, estos factores se consideran intrínsecos. Mientras que los factores extrínsecos, que son factores externos al paciente y que derivan de la propia hospitalización e ingreso. Dentro de estos factores intrínsecos podríamos nombrar los catéteres, intervenciones quirúrgicas, intubaciones. Factores inherentes al propio enfermo y, por lo cual, difíciles de modificar.

Suelen estar vinculados con sus características fisiológicas o con su situación clínica. Algunas de las enfermedades que pueden ser y suponer un problema son: diabetes, leucemia, neoplasia, cirrosis, insuficiencia renal, malnutrición, SIDA o enfermedades de tipo autoinmune.

Los niños que son menores de 1 año y los ancianos son más sensibles a desarrollar estas infecciones (edades extremas)

En neonatos, se considera infección nosocomial si el bebé nace sano, pero desarrolla la infección en las siguientes 48-72h tras el parto. el impacto de dichas infecciones en el sistema sanitario es elevado. Entre las infecciones con mayor prevalencia destacan: las infecciones del tracto respiratorio, las infecciones del tracto urinario, infecciones quirúrgicas, bacterianas. Entre los microorganismos que ocasionan mayores infecciones destaca el *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Pseudomona aureginosa*, *Candida albicans* y el *Enterococcus spp.* Para evitarlas sería necesario establecer medidas de prevención, la base de estas medidas podrían establecer precauciones estándar como es el lavado de manos, uso de guantes, mascarilla, bata. Otras medidas estarían basadas en la transmisión, en este caso a proceder a aislar a los pacientes que estén infectados. Habría que establecer programas y controles de vigilancia, además de formar al personal sanitario y llegar a minimizar el máximo posible estas infecciones, para reducir los problemas de mortalidad y de riesgos asociados a ellas en la salud. pasamos a describir las medidas de prevención.

.medidas de aislamiento.

.campanas de educación sanitaria.

.protocolos de limpieza, desinfección y esterilización.

.protocolos de lavado de manos y uso de guantes.

.aplicación de medidas de aislamiento protector.

.uso de quimioprofilaxis.

.administración de vacunas a grupos de riesgo.

5 Discusión-Conclusión

Aunque los avances científicos se sucedan nos seguimos encontrando con las infecciones hospitalarias o infecciones nosocomiales. Las enfermedades nosocomiales son bastante fáciles de coger en el medio hospitalario por ello lo mejor para evitar contraerlas es una prevención adecuada.

Dentro de este capítulo incluimos a personal sanitario y no sanitario, ya que todo personal que tenga contacto con el paciente es susceptible de ser un riesgo, por ejemplo el peluquero al hacer un rasurado o el tcae al hacer una higiene. De ahí que destaquemos la importante de la formación y de tener en cuenta las medidas expuestas en este capítulo para evitar el contagio de estas infecciones.

6 Bibliografía

1. <https://enfermeriablog.com>

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

Capítulo 229

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS

MARÍA DEL PILAR ONRUBIA MONTROYA

MARÍA ÁNGELES LÓPEZ VILLENA

MARIA DEL CARMEN TORRES SANTIAGO

SANDRA REGINA PEREIRA BRAGA

MARÍA DE LOS ÁNGELES SORIANO SÁNCHEZ

1 Introducción

Cuando una persona pasa por una enfermedad que se considera incurable y terminal, el objetivo que tienen los cuidados paliativos es la de aliviar los dolores físicos y morales, manteniendo todo lo posible la calidad de una vida y evitando tratamientos o acciones médicas que no den esperanza o puedan resultar inútiles dado el grado de avance de la enfermedad. Desde este sentido se ayuda a que el paciente llegue al final de su vida con dignidad y respeto, sin dolor y sin causar a la familia que lo ve que la vida se agota en cada momento con cara de sufrimiento o de molestias físicas. También se pueden ofrecer cuidados de carácter espiritual y psicoemocional.

A medida que vayan pasando los días, los cuidados paliativos irán cambiando para adaptarse al cuadro clínico que presenta el enfermo terminal. Lo importante es que no tenga dolores físicos y que se mantenga en calma, ya que algunos de los síntomas que se pretenden paliar con ellos son: las náuseas, el cansancio, la ansiedad, el nerviosismo, la pérdida del apetito, depresión o tristeza, problemas para conciliar el sueño, etc.

Estos previenen o tratan los síntomas y efectos secundarios de la enfermedad y los tratamientos pautados y aplicados, tales como: cáncer, enfermedades cardíacas, de riñones o pulmonares, demencia, VIH/Sida, etc. Aunque también se pueden administrar al mismo tiempo que los tratamientos destinados para curar o tratar la enfermedad, sin que esté comprometida la vida de la persona.

El TCAE, Técnico Auxiliar en Cuidados de Enfermería, trabajará con un equipo profesional extraordinario para conseguir estos objetivos, poniendo su grano de arena para ayudar a que se sientan cómodos y aportarles el mayor confort que se pueda dadas las circunstancias.

2 Objetivos

- Explicar en qué consisten los Cuidados Paliativos y la labor del Técnico Auxiliar en Cuidados de Enfermería en esta especialidad.

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 función que realiza el TCAE a la hora de aplicar los cuidados paliativos a un paciente, realizándose una búsqueda en libros y artículos en las principales bases de datos: Pudmed, Medline y Scielo; seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Una de las partes integrativas de los cuidados paliativos con más controversia a nivel social es el tema de la sedación paliativa, que consiste en la administración de fármacos, en dosis y combinaciones necesarias para reducir la consciencia de un paciente terminal, para que así se reduzcan sus síntomas y tenga menos dolor, pudiéndose aplicar con consentimiento explícito, implícito o delegado. Ya que

en ciertos momentos, los familiares no querrán ver a su ser querido con dolor o sufriendo, por lo que se le aplicará, aunque se sepa que ya no podría hablar ni despedirse de ellos de forma consciente.

Según el grado de consciencia que tenga el paciente, el TCAE tendrá que ayudarlo en ciertos momentos a la hora del aseo diario, las comidas, los cambios posturales, de manera que cuando ya el paciente se encuentre muy inconsciente por la medicación, se le hacen los mínimos cuidados posibles para no molestarlo, sobre todo cuando está sedado, no obligándole a comer ni a beber agua si no quisiera. A continuación desarrollaremos las funciones principales del TCAE a la hora de ayudar en la administración de los cuidados paliativos:

- 1/ Antes de tocar a los pacientes se lavarán las manos y se pondrán guantes desechables.
- 2/ Aplicarán enemas de limpieza, ya que lo más normal es que se encuentren estreñidos.
- 3/ Asear diariamente o cuando haga falta a los enfermos que no puedan higienizarse por sí solos.
- 4/ Brindar apoyo psicológico y acompañamiento tanto a los pacientes como a los familiares, intentándoles animar, manteniendo conversaciones animadas, incentivándoles a que hablen de recuerdos bonitos, etc.
- 5/ Conservar limpio y disponible el material sanitario, desechando los materiales utilizados en los contenedores apropiados, y llevando a la central de esterilización los que así se especifican.
- 6/ En general, colaborar con el médico, el personal de enfermería o técnico que requiera de los servicios del TCAE.
- 7/ Llevar un control de la ropa de cama: clasificar la que está sucia para mandarla a lavandería; y la limpia que reciben diariamente, ubicarla en los departamentos establecidos para su almacenaje y reponer los carros.
- 8/ Por indicación, a pedido del personal auxiliar sanitario titulado y bajo su supervisión, podrá administrar medicamentos por vía oral y rectal.
- 9/ Preparar el material necesario para llevar a cabo las curas.
- 10/ Tomar los datos de las constantes vitales para registrarlas en la hoja de cada paciente, para ver su evolución, avisando al personal de enfermería ante alguna incidencia.
- 11/ Servir la comida y dar de comer a aquellos que no pueden hacerlo por sí mismos.
- 14/ Hacer las camas diariamente, extendiendo bien las sábanas para que no queden arrugas.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería, TCAE, junto al equipo de enfermería y el facultativo, trabajarán de manera profesional y en equipo para que aquel paciente al cual se le están aplicando los cuidados paliativos, se sienta en un ambiente agradable, velando para eliminar los posibles efectos secundarios de la enfermedad o tratamiento aplicado tales como: náuseas, vómitos, cansancio, etc. A veces se aplican en enfermedades terminales, pero en otras ocasiones serán como terapia añadida a los tratamientos pautados.

El TCAE que presta sus servicios en esta área tendrá unas actitudes y capacidades determinadas para no venirse abajo con el sufrimiento ajeno tanto de familiares y pacientes, intentando controlar sus emociones y su ánimo. Además, también servirán de apoyo emocional dado su contacto de primera mano con ellos, por los días en los que han estado juntos durante el ingreso hospitalario, ya que al final se crean lazos emocionales.

6 Bibliografía

1. Se han utilizado palabras clave en los distintos buscadores google, Pubmed, y Scielo técnico en cuidados auxiliares de enfermería, TCAE, cuidados paliativos.
2. paliativos <http://www.revistaportalesmedicos.com/revistamedica>.
3. <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/viviendo-con-cancer/finalvida/sedacion-paliativa>.
4. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería, MC GRAW HILL.

Capítulo 230

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU LABOR EN LA ALIMENTACIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

MARÍA DEL PILAR ONRUBIA MONTTOYA

MARÍA ÁNGELES LÓPEZ VILLENA

MARIA DEL CARMEN TORRES SANTIAGO

SANDRA REGINA PEREIRA BRAGA

MARÍA DE LOS ÁNGELES SORIANO SÁNCHEZ

1 Introducción

La alimentación del paciente que se encuentra ingresado en el hospital no solo debe considerarse como la ingesta de alimentos para saciar la sensación de hambre, sino que también hay que considerar el aspecto de la nutrición, que es bien distinto al de la alimentación que explicamos, ya que aparte de saciar el hambre también es necesario que al organismo se le aporte la cantidad que necesita de macronutrientes: proteínas, hidratos de carbono y grasas, así como de micronutrientes: minerales, vitaminas, antioxidantes y fibra.

Existen cuatro tipos de nutrición según el cuadro clínico del paciente:

1/ Oral: el paciente come de forma normal por la boca.

2/ Enteral oral: también es por la boca, pero con alimentos específicos en cuanto a las calorías y nutrientes.

3/ Parenteral: el alimento se administra por vena porque el intestino del paciente no puede absorber nutrientes debido a una enfermedad intestinal, por diarreas graves o vómitos continuos, etc.

3/ Enteral por Sonda: Se administran dichas fórmulas a través de un tubo fino, largo y flexible, que se introduce por la nariz o la boca hasta el estómago o el intestino.

Según como sea el estado de salud, el paciente podrá alimentarse por sí mismo, o necesitará de ayuda, aquí es donde entra en juego el papel en este sentido del TCAE, Técnico en cuidados auxiliares de enfermería, el cual será el encargado de ayudarlo, sobre todo a la hora de la ingesta en el caso de los pacientes que necesiten de la alimentación oral y en la enteral oral.

2 Objetivos

- Desarrollar la labor del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería a la hora de ayudar en la alimentación al paciente hospitalizado.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica que existe relativa a la labor del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la alimentación del paciente ingresado en sistema sanitario, realizándose una búsqueda en libros y artículos en las principales bases de datos: Pudmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La nutrición asegura la supervivencia de una persona, y es especialmente importante cuando el paciente está pasando por alguna enfermedad o proceso de recuperación de la misma, ya que una buena alimentación con una dieta equilibrada con todos los tipos de nutrientes esenciales favorecerá la renovación de los tejidos dañados, reparar lo dañado y mantener el organismo en un nivel de energía que le permita realizar todas sus funciones básicas.

El TCAE siempre observará si el paciente es independiente a la hora de la alimentación o si necesita ayuda debido a que alguna causa de tipo neurológica o fisiológica le dificulta el tomar alimentos sólidos o líquidos, pudiendo presentar el paciente algunos síntomas como obstrucciones de las vías aéreas, broncoaspiración, desnutrición, etc.

Si el paciente es independiente, se le dejará la bandeja de la comida a su alcance, siempre asegurándose que el tipo de dieta se corresponde con el paciente y no ha habido ningún error. Si no es autónomo, como por ejemplo personas de avanzada edad, discapacitadas o niños, procederá de la siguiente manera:

- Lo primero será proceder al lavado de manos, informando al paciente que es la hora de la comida o cena, preguntándole si tiene hambre y qué le apetece comer primero.
- Pedirle que colabore en la medida de lo posible, colocándole la dentadura si no la tuviera puesta, y colocándole un protector para evitar que se manche el pijama y las sábanas.
- Con la ayuda de un celador, deberá posicionarlo en la cama con la espalda recta, en un ángulo en el que el paciente esté cómodo y no le produzca dolor o molestias, con la cabeza ligeramente inclinada hacia delante en el momento de tragar. Si puede, será mejor que se siente en un lado de la cama con los pies apoyados en el suelo.
- El TCAE le dará de comer con cucharadas no muy llenas o con piezas pequeñas para facilitarle la masticación y evitar que se atragante.
- Se tendrá paciencia, dándole su tiempo para masticar y beber agua.
- Cuando haya terminado, observará la cantidad ingerida, retirará la bandeja, y le ayudará a limpiarse la boca y las manos.

El TCAE debe conocer los tipos de dietas que existen y los tipos de alimentación. En el caso de la parenteral y la enteral por sonda, será función del enfermero administrarla, pero el TCAE deberá estar pendiente del balance de los líquidos, de la fiebre, los signos de infección del catéter, etc.

5 Discusión-Conclusión

La alimentación permite al paciente que se encuentra ingresado curándose de una enfermedad o pasando por un cuadro clínico obtener los nutrientes necesarios para cubrir las necesidades básicas diarias, para que todo el organismo funcione correctamente, para que los tejidos dañados se reparen, etc., siendo las vías para suministrarla: la alimentación oral, la enteral oral o por sonda y la alimentación

parenteral. El TCAE deberá conocerlas, pero se encargará solamente de la oral y la enteral oral, siendo las otras dos suministradas por el personal de enfermería. En la alimentación oral, el TCAE que ayuda al paciente que no puede realizarla por sí mismo, lo primero será ponerse guantes y controlar las normas sobre higiene y asepsia, debiendo de observar que el paciente se encuentra bien posicionado y cómodo, colocándole la prótesis dental adecuadamente, dándole cucharadas sin mucha cantidad y que los trozos sean pequeños para evitar atragantamientos, ayudándole al finalizar a limpiarse la boca y las manos, etc.

6 Bibliografía

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

Capítulo 231

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA RECOGIDA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS

MARÍA DEL PILAR ONRUBIA MONTOYA

MARÍA ÁNGELES LÓPEZ VILLENA

MARIA DEL CARMEN TORRES SANTIAGO

SANDRA REGINA PEREIRA BRAGA

MARÍA DE LOS ÁNGELES SORIANO SÁNCHEZ

1 Introducción

Los laboratorios de los hospitales cuentan con unas tecnologías novedosas, pero también con un equipo profesional y cualificado para a través de los análisis de unas muestras extraídas de los pacientes como puede ser: orina, heces, saliva, sangre, sudor, líquido cefalorraquídeo, etc, se pueda sacar información de calidad respecto de la salud del paciente, teniendo en cuenta unos parámetros a nivel microbiológico, inmunológico, bioquímico, toxicológico, hematológico etc.

Gracias a las analíticas de muestras biológicas del paciente, se podrá saber qué enfermedad tiene, cómo está evolucionando o si un tratamiento está haciendo el efecto esperado. Esta muestra es una sustancia que puede extraerse de fluidos del

cuerpo, pero también de las células, los tejidos, órganos, ADN, o ARN, células, o de los fluidos del cuerpo. El TCAE será el responsable de recoger las muestras de heces y orina del paciente, mientras que el personal de enfermería lo será de los cultivos y analíticas de sangre, cultivos de exudados, etc.

Cuando se analiza una muestra, el técnico interpretará los resultados microbiológicos, para ello es necesario que la muestra sea de calidad, por lo que una correcta recogida, conservación y transporte de la misma permitirá que el diagnóstico sea el óptimo. Será el celador el encargado de llevarlo al laboratorio, siempre con celeridad y evitando roturas, derrames o golpes que puedan estropear la calidad de las muestras.

2 Objetivos

- Determinar la ayuda del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante la toma y recogida de muestras biológicas de un paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica que existe relativa a la labor del TCAE a la hora de recoger muestras de orina o heces de un paciente, realizándose una búsqueda en libros y artículos en las principales base de datos: Pudmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En el ámbito intrahospitalario, la recogida de las diferentes muestras biológicas se realizarán por un personal u otro dependiendo de la tipología de la misma, por ejemplo el TCAE, Técnico en cuidados auxiliares de enfermería, recogerá las de orina y las heces. Sin embargo será el personal de enfermería o DUE los que recogerán las relativas a las analíticas y cultivos sanguíneos, cultivos de exudado, esputos, etc.

El TCAE deberá considerar una serie de recomendaciones a la hora de recoger las distintas muestras:

- 1/ Lo primero será lavarse las manos y colocarse guantes desechables.
- 2/ Preparar todo el material necesario de forma totalmente aséptica: gasas, anestésico, frasco para la muestra, jeringuillas, etiquetas identificativas, etc.
- 3/ Identificar al paciente y decirle lo que tiene que hacer o qué le vamos a hacer si no fuera autónomo para que preste colaboración en la medida de lo posible.
- 4/ Colocar un protector para las sábanas para evitar que se manchen en la recogida de la muestra.
- 5/ Respetar las normas de asepsia durante todo el proceso.
- 6/ Realizar un lavado genital si el paciente no es autónomo, si lo es, se le explicará que lo haga él mismo, siempre secándose la zona con gasas estériles.
- 7/ En el caso de la muestra de orina, si se trata de un paciente encamado: el TCAE colocará la cuña y recogerá la muestra. Si es independiente, se le dará un bote estéril para que orine dentro del mismo.
- 8/ En el caso de la muestra de heces, si el paciente no es autónomo, el TCAE colocará la cuña y le indicará al paciente que no orine en ella, solo heces. Una vez recogida la muestra con un depresor lingual o torunda, se introducirá en el frasco.
- 9/ Tomar la muestra sin dilación y en la cantidad necesaria.
- 10/ Conocer la forma de mantenimiento de la muestra y si necesita de una nevera hasta su llegada al laboratorio.
- 11/ La muestra debe ir debidamente identificada con los datos del paciente y el volante de solicitud de la prueba.
- 12/ Avisará a un celador para que la lleve al laboratorio para ser analizada.
- 13/ Recoger todo el material que se ha utilizado, desechando los que sean de un solo uso, y limpiando y desinfectando aquellos que pueden reutilizarse, llevando a la central de esterilización los que así lo requieran.
- 14/ Quitarse los guantes y lavarse las manos.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE será el encargado de tomar las muestras de orina y heces, para ello debe tener en cuenta el protocolo a seguir, las normas de higiene y asepsia y si el paciente es independiente para hacerlo por sí mismo, o necesita de su ayuda. Deberá ponerse guantes y preparar todo el material que vaya a usarse, sacando la muestra sin dilación y en la cantidad necesaria, etiquetando el recipiente donde se encuentra la muestra con los datos identificativos del paciente, llamando por último al celador para que la lleve al laboratorio lo antes posible.

La toma de muestras en el ámbito sanitario es una de las cuestiones más importantes y que más información dan al respecto de la salud del paciente, ya que permitirán diagnosticar enfermedades, ver su evolución o incluso saber si el tratamiento que se le está suministrando al paciente cumple con las expectativas médicas o no.

6 Bibliografía

- 1) Técnico en cuidados auxiliares de enfermería, editorial Mad.
- 2) Funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la toma de muestras biológicas - Ocronos - Editorial Científico-Técnica (revistamedica.com)
- 3) Búsqueda en Google con palabras clave: TCAE, Técnico en cuidados auxiliares de enfermería, muestras biológicas, heces y orina.
- 4) <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/recogida-y-transporte-de-muestras-material-biologico-en-el-ambito-intrahospitalario>

Capítulo 232

EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

MARÍA LEONOR LARA BARBERO

MARÍA ESTRELLA SÁNCHEZ OLIVA

JULIANA ALMARCHA REINOSO

MARIA TERESA AGUADO TABERNÉ

SONIA URDA GARCÍA

1 Introducción

La pandemia de COVID-19 causada por el virus SARS-coV-2 desencadenó una crisis de salud global sin precedentes que ha desafiado a los sistemas de atención médica en todo el mundo.

La pandemia de COVID-19 ha ejercido una presión sin precedentes sobre los sistemas de atención médica en todo el mundo. Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeñaron un papel esencial en la respuesta a esta crisis sanitaria. Los TCAE, como parte fundamental del equipo de atención médica, han estado en la primera línea de la pandemia, desempeñando un papel crucial

en la atención a pacientes infectados, la implementación de medidas de prevención y brindando apoyo emocional. Su labor ha sido crucial para la atención de los pacientes.

Es importante explorar las facetas de la contribución de los TCAE en el manejo de la pandemia, destacando así su dedicación, habilidades y la resistencia en medios de desafíos extraordinarios.

El TCAE asumió habilidades aparte de las que ya tiene, sino que adquirió funciones delegadas debido a la situación en la que nos encontrabamos. Desde la atención directa a los pacientes hasta el mantenimiento riguroso de protocolos de seguridad y la administración efectiva de los recursos médicos existentes durante la pandemia.

2 Objetivos

El objetivo que tiene este estudio es la de analizar el trabajo de los TCAE durante la pandemia, destacando su contribución en la atención a los pacientes, las medidas de prevención de infecciones y el apoyo emocional a los pacientes.

3 Metodología

La realización de este trabajo se ha hecho a través de una recopilación de datos basados en búsquedas literarias exhaustivas en fuentes de datos académicas como son "Pubmed" o "google scholar" con palabras clave como "El TCAE durante la pandemia" entre otras.

4 Resultados

El papel de los TCAE durante la pandemia: existen varias funciones que tuvo el TCAE entre las que destacan:

-El papel de los TCAE en la atención a pacientes durante el Covid-19 : Los TCAE han trabajado en estrecha colaboración con enfermeros y médicos en la atención directa a pacientes infectados por COVID-19. Sus responsabilidades incluyen la toma de signos vitales, la administración de medicamentos, la asistencia en la movilización de pacientes y la realización de procedimientos básicos de enfermería. Su presencia en las unidades de cuidados intensivos y en los hospitales ha sido fundamental para garantizar una atención integral y continua a los pacientes.

- Apoyo en procedimientos médicos: van a colaborar con el personal médico y de enfermería en la realización de procedimientos médicos, como la toma de muestras para pruebas diagnósticas, la colocación de catéteres y la preparación de pacientes para cirugías menores.
- Medidas de prevención de infecciones: Durante la pandemia, la prevención de la propagación del virus se convirtió en una prioridad. Los TCAE han desempeñado un papel esencial en la implementación de medidas de prevención de infecciones, como el uso adecuado de equipos de protección personal (EPP), la desinfección de superficies y el cumplimiento de protocolos de aislamiento. Su capacitación en prácticas de higiene y seguridad ha sido fundamental para mantener a salvo a pacientes y compañeros de trabajo.
- Apoyo emocional a pacientes y colegas: La pandemia ha tenido un impacto emocional significativo en pacientes y profesionales de la salud. Los TCAE han brindado apoyo emocional a los pacientes, mostrando empatía y comprensión en momentos de angustia. Además, han sido una fuente de apoyo para sus colegas, aliviando el estrés y la ansiedad que enfrentan en entornos de alta presión
- Colaboración en la logística de recursos: participan en la gestión de suministros médicos, asegurándose de que estén disponibles cuando sea necesario. Esto ayuda a la distribución eficiente de recursos en el hospital.
- Educación y asesoramiento a los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Los TCAE han sido actores clave en la respuesta a la pandemia de COVID-19. Su trabajo incansable, dedicación y habilidades en la atención médica han sido fundamentales para mantener la calidad de la atención a pacientes y para prevenir la propagación del virus. Además, su apoyo emocional ha sido invaluable en un momento en el que la salud mental de los profesionales de la salud se ha visto desafiada. Es esencial reconocer y valorar la contribución de los TCAE en la lucha contra la pandemia y garantizar que cuenten con los recursos y el apoyo necesario para desempeñar su papel de manera efectiva en futuras crisis sanitarias.

6 Bibliografía

1. ¿Cómo ha vivido un TCAE la crisis sanitaria del COVID19? - Cursos FNN. 2020 [cited 2023 Oct 3]; Available from: <https://cursosfnn.com/blogcursosfnn/tcae/tcae-covid19/>

2. Ocronos R. Prevención de riesgos laborales del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en situación de pandemia por el virus COVID-19 [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2021 [cited 2023 Oct 3]. Available from: <https://revistamedica.com/riesgos-laborales-tcae-covid/>
3. Sánchez-Herrero H, Montserrat-Capella D, Revuelta-Zamorano M, Santano-Magariño A, Rodríguez de la Pinta ML, Solís Muñoz M. Riesgo de exposición a la Covid-19 en auxiliares de enfermería, enfermeras y médicos de un hospital universitario ante la pandemia. Index Enferm [Internet]. 2023 [cited 2023 Oct 3];32(1):e14360. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962023000100005&lng=es&nrm=iso
4. de media. Los hay que ingresan por que sus síntomas empeoran EDTLPI-HDP en PLIS de 10 D, Hospitalización y. N, Dos zonas y. OIPDP en la PR al TIPLP se D en, Sucia L y., el EPI. las ZECM en el SA la ZSS se PPC. ¿Qué es una planta Covid? [Internet]. Congresosfnn.com. [cited 2023 Oct 3]. Available from: <https://congresosfnn.com/wp-content/uploads/2022/03/iii-congreso-nacional-tcae/comunicacion-escrita-iii-congreso-nacional-tcae/TCAEenplantaCovidFnn.pdf>

Capítulo 233

LAS ÚLCERAS POR PRESION

LAURA HERRAIZ FERNANDEZ

MARIA DEL MAR ARIAS SAIZ

ZORAIDA HERRAIZ FERNANDEZ

1 Introducción

Una úlcera por presión es una lesión que se produce en los tejidos de la piel. Puede llegar a afectar a la dermis, la epidermis, el tejido subcutáneo, el músculo o incluso llegar al hueso.

Esta lesión puede ser producida por factores extrínsecos o intrínsecos al paciente. Los factores extrínsecos pueden ser tales como una silla, la cama o el roce de las sábanas. Los factores intrínsecos pueden ser producido por falta de hidratación de la piel, déficit de vitaminas... etc.

Las úlceras por presión se clasifican según el grado de afectación del tejido. Pueden ir desde el grado dos hasta el grado 6, dependiendo de la bibliografía. En este artículo nos centraremos en el de 4 estadios como recomendando el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP).

- Estadio I: Se observa una zona eritematosa que no consigue volver a su coloración habitual, la piel está íntegra.
- Estadio II: Se observan ampollas o erosiones. También hay pérdida de continuidad de la epidermis y dermis. Puede llegar a verse afectada la capa subcutánea.
- Estadio III: Lesión ligeramente profunda que afecta a la capa subcutánea y el musculo, pero no llega a la fascia subyacente. Puede existir necrosis y/o exudado.

-Estadio IV: Se observa una profundidad de la lesión bastante considerable. Afecta al musculo y los tejidos subyacentes (hueso, tendón...). También presenta exudado y necrosis.

En cualquiera de los casos, si se observa tejido necrótico, deberá retirarse.

2 Objetivos

Describir los posibles tratamientos y cuidados de las úlceras por presión.

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 como Pubmed, Medline y Scielo, y seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Una vez que hemos identificado el estadio de la lesión, habrá que tratarla de forma que se pueda llegar a recuperar lo máximo posible la integridad de la piel. Para ello, existen distintos tipos de tratamientos según el grado en el que se encuentre la lesión.

Si la lesión corresponde al estadio I se deberá aliviar la presión en la zona que se encuentre afectada e hidratarla para evitar el efecto de la anoxia tisular. Si la lesión corresponde a los grados II, III o IV deberá procederse al desbridamiento del tejido necrosado, limpiar la herida y administrar antibióticos locales para minimizar la infección que se haya producido por las bacterias.

También existen tratamientos quirúrgicos, que es la forma más rápida para eliminar el tejido mas profundo.

Se debe realizar en diferente sesiones, con la ayuda de anestésico tópico para que el paciente tenga el menor dolor posible.

Se puede emplear agentes químicos para ayudar a generar el tejido granular.

El tratamiento autolítico es una forma de desbridamiento menos traumática para los pacientes ya que se utilizan apósitos para ayudar al desbridamiento. Esta forma es más lenta que la anterior.

El tratamiento mecánico está en desuso ya que existen tratamientos menos molestos y con menos riesgo. Se realiza mediante el rozamiento, la irrigación a pre-

sión de la herida o la utilización de apósitos que se adhieren al tejido necrótico y al tejido sano, y se arranca al quitar el apósito.

Para limpiar la herida se utiliza suero salino fisiológico que se usa la mínima fuerza mecánica para limpiar y secar. NO se debe limpiar la herida con antisépticos locales como la povidona yodada puesto que su uso prolongado podría ser dañino para el organismo.

5 Discusión-Conclusión

En base a los resultados obtenidos de las diversas consultas y referente a la propia experiencia, hemos llegado a la conclusión de que para evitar que se formen las úlceras por presión, deberemos hidratar lo máximo posible al paciente y sobre todo hacer los cambios posturales y de pañal correspondientes.

Para hidratar la piel podremos hacer uso de cremas altas en aceites o directamente aplicar algún tipo de aceite como la linovera. También deberemos aumentar la ingesta de líquidos para que la piel quede hidratada de forma intrínseca.

Estirar bien la ropa de cama también ayuda a evitar que se formen arrugas en las sábanas y con ello evitaremos marcas en la piel.

Es importante el conocimiento y adecuada formación del personal sanitario, especialmente de enfermería, en los cuidados y tratamientos disponibles para prevenir y tratar las úlceras por presión.

6 Bibliografía

1. <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-ulceras-por-presion-prevencion-tratamiento-13059416>
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 234

EL ASEO DEL PACIENTE ENCAMADO

LORENA CANALEJO GALLARDO

1 Introducción

La piel es el órgano más grande del cuerpo. Ésta protege al organismo de factores externos como a proliferación de bacterias, sustancias químicas y regula la temperatura. El aseo e higiene del paciente encamado hace que sea más difícil la aparición de complicaciones vinculadas a un incorrecto o mal cuidado de la piel. Estas complicaciones pueden ser la aparición de úlceras por presión, infecciones y enfermedades como diarrea, micosis e incluso caries dental.

Con un correcto aseo diario del paciente en cama conseguimos mantener el cuerpo limpio, eliminando el exceso de secreciones corporales, así como los microorganismos en el sudor y la suciedad. De esta manera evitamos potencialmente el riesgo de que bacterias y hongos comiencen a proliferar.

Tan importante es el aseo diario como proporcionar un correcto secado de la piel. Los profesionales encargados del aseo tienen que ser muy conscientes de esta relevancia, ya que, no secar correctamente tras los aseos, hace que permanezca humedad en la piel consiguiendo así la aparición de las complicaciones que se comentan en el primer párrafo y las úlceras por presión.

Adicionalmente, el momento del aseo es el momento idóneo para que el personal sanitario conozca el estado del paciente. Podemos ver cómo se encuentra de estado de ánimo, podemos evaluar el estado de la piel (si tiene algún tipo de dolor o si hay olores que nos puedan llamar la atención, el color, etc.)

2 Objetivos

El aseo del paciente en cama tiene como principales objetivos:

- Prevenir contra posibles infecciones.
- Proporcionar al paciente bienestar y seguridad.

Objetivo secundario:

- Conocer el estado del paciente.

3 Caso clínico

Nos encontramos en la unidad de digestivo y es la hora de los aseos de los pacientes. En la hoja de cuidados de nuestro primer paciente, nos dice que es un señor de 56 años que no es autónomo y no deambula. Esto quiere decir que tenemos que realizarle el aseo al paciente con ayuda de un celador, ya que tenemos que realizar el aseo en la cama.

Lo primero que haremos es explicar al paciente la técnica que le vamos a realizar y solicitaremos que coopere en lo que pueda. Tenemos que fomentar la autonomía en la medida de lo posible.

Cerraremos ventanas para evitar corrientes de aire y comprobamos la temperatura del ambiente, debe estar comprendida entre los 22-24° C. También cerraremos la puerta de la habitación y preservamos la intimidad del paciente con un biombo o con una cortina.

Prepararemos todo el material necesario para realizar la técnica del aseo del paciente encamado masculino. Lo haremos con las manos limpias y colocaremos la ropa de la cama y del paciente en un carro

Frenaremos la cama y la pondremos a una altura adecuada. Moveremos al paciente con suavidad, teniendo especial cuidado con los dispositivos que pudiera tener conectados.

Con las manos limpias, se prepara el material de aseo y la ropa del paciente y de la cama en un carro. Mantendremos al paciente desnudo el menor tiempo desnudo posible.

Material:

1. Ropa limpia, tanto para paciente como para la cama.
2. Palangana que llenaremos antes del aseo con agua templada.
3. Esponjas jabonosas.
4. Guantes desechables
5. Toallas grandes y de lavabo
6. Crema hidratante y colonia.
7. Bolsa de basura
8. Bolsa para la ropa sucia

4 Discusión-Conclusión

El aseo del paciente encamado forma parte de los cuidados básicos de enfermería y están encauzados en proporcionar comodidad y seguridad en el paciente. Al mismo tiempo que proporcionamos bienestar y comodidad, estamos actuando como medida preventiva ante posibles infecciones y hacer que el paciente sea menos propenso a contraer otras enfermedades.

El aseo en cama jamás reemplazará a la eficacia del aseo en ducha pero es muy importante realizarlo con frecuencia y que el facultativo que vaya a realizarlo, sepa realizarlo correctamente y le dé la importancia que se merece.

El momento del aseo es un momento perfecto para conocer el estado de salud del paciente (si tiene apetito, si durmió bien, posibles dolores, etc.) y también conocer si existe algún tipo de alteración en la piel (úlceras por presión, cambios de color, heridas, etc.).

5 Bibliografía

1. Higiene y cuidados de la piel. Servicio andaluz de Salud, Consejería de Salud AGS de sur de Córdoba 2019
2. <https://revistamedica.com/protocolo-aseo-paciente-encamado>
3. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/higiene-pacientes-hospitalizados/>

Capítulo 235

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU FUNCIÓN EN LA ASPIRACIÓN DE SECRECIONES

NURIA GROMADA ALCAIDE

ALEXIS PAMELA SÁNCHEZ GARCÍA

MARÍA BELÉN CUESTA TOMÁS

MARIA CRISTINA LOPEZ MOLINA

MARIA DE LA FUENTE CARLOS BLÁZQUEZ

1 Introducción

En los pacientes que no pueden toser las secreciones por sí solos, las secreciones se acumulan y obstruyen las vías respiratorias, lo que requiere aspiración de las secreciones.

Las aspiraciones se llevan a cabo cuando se aprecia moco y se escuchan ruidos respiratorios que indican la presencia de secreciones.

Si es necesario aspirar al paciente más de una vez, es necesario limpiar la sonda después de cada aspiración.

Es necesario dar tiempo al paciente para que descanse entre aspiraciones para evitar la irritabilidad de las mucosas.

Para la aspiración de secreciones, se coloca al paciente en la posición adecuada: para la aspiración oral, se coloca al paciente en posición semi-Fowler con la cabeza girada hacia un lado; para la aspiración de secreciones nasales, el paciente se coloca apropiadamente en posición semi-Fowler con el cuello hiperextendido a 70°; para la aspiración, si el paciente está inconsciente, se coloca apropiadamente en decúbito lateral.

Las variaciones relacionadas con la edad en la presión de aspiración incluyen entre 60 y 80 mm Hg en recién nacidos, 80 a 100 mm Hg en bebés, 100 a 120 mm Hg en niños y 120 a 160 mm Hg en adolescentes y adultos.

Habrà una presión de succión de 100 a 150 mm Hg.

Para aspirar las secreciones se utiliza primero la nasofaringe y luego la orofaringe si es necesario.

2 Objetivos

- Describir las funciones de un técnico en cuidados auxiliar de enfermería en relación con la aspiración de secreciones de los pacientes.

3 Metodología

La preparación de este trabajo implicó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada. Se realizaron búsquedas exhaustivas de libros y artículos en las bases de datos principales, Pubmed, Medline y Scielo, y se eligieron aquellos con contenido pertinente al tema del estudio.

4 Resultados

La labor del técnico auxiliar de cuidados de enfermería es informar y educar al paciente sobre las posibles molestias y efectos secundarios de realizar la aspiración de secreciones, entre los que se incluyen náuseas y sensación de asfixia.

El técnico auxiliar de cuidados de enfermería es responsable de preservar la privacidad y confidencialidad del paciente, apegarse a las indicaciones de enfermeras y médicos y preparar las herramientas necesarias para la aspiración.

El técnico auxiliar de cuidados de enfermería debe conocer la técnica, asegurarse del correcto funcionamiento del sistema de aspiración, comprobar los insumos utilizados, como guantes esterilizados, sonda de aspiración y lubricante,

recogerlo después de utilizar la técnica y administrar los cuidados necesarios, en el mejor interés del paciente.

Riesgos como hemorragia, infección, hipotermia, lesiones mucosas, náuseas y vómitos pueden aumentar con la aspiración orofaríngea y nasofaríngea, lo que también favorece la broncoaspiración.

El técnico auxiliar de enfermería debe informar al paciente de la técnica de aspiración y de cualquier posible malestar o sensación de ahogo. La unidad de succión debe ponerse en marcha ajustando el regulador de vacío a una presión entre 100 y 120 mmHg mientras el paciente se encuentra en la posición más cómoda. Se debe fijar una fuente de succión al tubo de succión, así que verifique esto nuevamente.

Es importante estar atento al reflejo vasovagal, los síntomas de broncoespasmo y cualquier tapón mucoso que dificulte la inserción de la sonda durante la aspiración.

Si hay una obstrucción, no se puede forzar el tubo; en cambio, se aconseja al paciente que tosa y respire profundamente.

En pacientes con fractura de la base del cráneo, epiglotitis, laringoespasmo u obstrucción por aspiración orofaríngea o nasofaríngea no se recomienda cuerpo extraño y debe realizarse con extremo cuidado en hemorragia pulmonar, trastornos de la coagulación, hemorragia nasofaríngea, várices esofágicas, cirugía de tráquea, cirugía gástrica y cirugía de las vías respiratorias.

El técnico auxiliar de cuidados de enfermería es responsable de mantener la higiene bucal con clorhexidina, comprobar la impermeabilidad de las vías respiratorias y estar atento a los signos y síntomas tempranos de alerta de infecciones. El técnico auxiliar de cuidados de enfermería en aspiración de secreciones deberá limpiar el frasco contenedor de la bolsa de aspiración entre los pacientes y los tabuladores y recipientes.

5 Discusión-Conclusión

Las aspiraciones vienen en una amplia variedad, incluida la aspiración orofaríngea, que mide la distancia entre el lóbulo de la oreja del paciente y la punta de la nariz para determinar la longitud de la sonda que se insertará, y la aspiración nasofaríngea, que lubrica la cavidad nasal y la aspiración traqueal mediante tubo endotraqueal, cánula de traqueotomía y tubo de aspiración, todos los cuales se introducen por la porción lateral de la boca hasta llegar a la orofaringe. Además, se realizan aspiraciones para determinar el color, cantidad y viscosidad de las secreciones.

La edad del paciente determina cómo se prepara la sonda de aspiración. 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 236

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

NURIA GROMADA ALCAIDE

ALEXIS PAMELA SÁNCHEZ GARCÍA

MARÍA BELÉN CUESTA TOMÁS

MARIA CRISTINA LOPEZ MOLINA

MARIA DE LA FUENTE CARLOS BLÁZQUEZ

1 Introducción

Después de estos últimos años vividos y con los acontecimientos acaecidos a causa de la pandemia mundial, tenemos que darnos cuenta de que los sanitarios han sido uno de los pilares fundamentales en estos últimos años, tanto personal médico, enfermería, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) celadores aunque estos últimos no se engloben en el personal sanitario sino en el de gestión y servicios, algo que debería cambiar, ya que su papel ha sido fundamental en esos momentos.

Los TCAE, han estado en primera línea en todos los servicios hospitalarios, pero sobre todo en el servicio de urgencias, siendo esta la puerta de entrada de todos

los pacientes que necesitaban atención médica por la situación vivida. Pero no solo su trabajo ha sido importante en esos momentos, sino que siguen estando en primera línea, y son los que tienen un contacto más estrecho con los pacientes que llegan a las Urgencias hospitalarias.

El continuo avance de la medicina hace que el personal sanitario, las TCAE entre ellos, tenga que estar más preparado a lo largo de su carrera, en todos los servicios, pero todavía más en urgencias, ya que es la entrada de muchas y diferentes patologías, unas veces conocidas y otras no tanto.

2 Objetivos

- Dar a conocer la importancia del TCAE en Urgencias, donde estos profesionales sanitarios están las veinticuatro horas del día al servicio 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

En el servicio de urgencias puede que necesiten atención médica inmediata varias personas a la vez con diferentes patologías y necesitan hacer un triaje exhaustivo y una atención personalizada dependiendo de lo que les ocurra. Ahí es donde entra el papel del TCAE, que es el personal sanitario que más cerca está del paciente, en la toma de constantes y primeras impresiones que pueda obtener con la observación del paciente y en el trato con este, evaluando la gravedad o urgencia del caso. Los pacientes serán atendidos por estricto orden de llegada a las urgencias hospitalarias. El TCAE tiene diferentes funciones, ya que en el servicio de urgencias se dan todo tipo de patologías, en diferentes grupos de personas, por edad, raza, religión, sexo y se ponen en práctica todos los conocimientos que se adquieren tanto en el ciclo formativo, como los conseguidos en años de experiencia, es un servicio bastante complejo y específico.

En Urgencias siempre hay que estar preparado para la actuación de todo el personal sanitario y no sanitario, ya que como sabemos puede ingresar en un momento dado muchos pacientes, lo mismo de accidentes múltiples, que de personas mayores, niños con alguna patología, y todos con urgencia unas más graves y otras que pueden esperar, para eso está el sistema de triaje, que debe funcionar perfectamente para que nada quede al azar. Urgencias es de los servicios hospitalarios más complejos, existe dentro de un hospital por la gran cantidad de especialidades que se requieren y el volumen de trabajo que representa, por ese motivo las TCAE deben estar en constante formación y aprendizaje, ya que por ahí entra todo o casi todo lo que después se deriva a las plantas hospitalarias.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, nos damos cuenta del valor que tienen todos el personal sanitario que interviene en este servicio y lo importantes que son desde el personal de limpieza, el personal sanitario, ya que este servicio es complicado y es fundamental que todos los que allí estén involucrados aúnen fuerzas para la máxima agilidad en el servicio y el mejor resultado para el paciente evitando en cualquier caso cometer ningún fallo en los triajes para así no tener que lidiar con reclamaciones innecesarias. Este servicio está infravalorado y es donde más problemas hay con los pacientes y familiares de estos, ya que a todos les parece que lo que les ocurre es lo más grave y empiezan a desesperarse. 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 237

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU PAPEL EL SERVICIO DE PARITORIO

NURIA GROMADA ALCAIDE

ALEXIS PAMELA SÁNCHEZ GARCÍA

MARÍA BELÉN CUESTA TOMÁS

MARIA CRISTINA LOPEZ MOLINA

MARIA DE LA FUENTE CARLOS BLÁZQUEZ

1 Introducción

El acto de dar a luz implica la expulsión de uno o más fetos del útero al exterior. La función del técnico auxiliar de cuidados de enfermería es ayudar al resto del personal médico, en este caso las matronas, que están disponibles durante el parto, en cualquier forma que sea necesaria.

Además de ayudar al paciente y velar por su bienestar, esforzarse en satisfacer sus necesidades de una forma acogedora y amena.

El paciente puede ser llevado a la sala de maternidad o a través de la sala de emergencias. Cuando llega la paciente, la ayudamos a calmarse para que el procedimiento sea lo más privado posible antes de pasar a la sala de dilatación y lo más acogedor posible.

Una vez instalado, la madre y el niño son observados y controlados continuamente. La mujer embarazada puede estar en la camilla o en movimiento en este momento, pero si se solicita la epidural, deberá permanecer en decúbito supino recostada en la camilla durante el tiempo que dure el procedimiento para que la anestesia haga efecto. Además de permitir que la paciente permanezca despierta durante el parto, también sirve para aliviar el dolor. Desde el momento en que ingresa a la sala de dilatación hasta el parto, haremos un esfuerzo para mantenerla relajada y cómoda.

2 Objetivos

Describir las responsabilidades y funciones de un técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la atención 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

Una mujer puede dar a luz por vía vaginal, quirúrgica o por cesárea entre las semanas 37 y 42.

Hay tres tipos principales de cambios hormonales, físicos y fisiológicos que tienen lugar durante el parto.

- Fase de dilatación; Continúa hasta que el cuello se haya dilatado por completo.
- Etapas de expulsión; momento de expulsión fetal.
- Alumbramiento: es la salida de la placenta.

Desde que estamos allí, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) cumple un fantástico papel de acompañamiento durante el embarazo, el parto y el puerperio de la mujer.

Además de asistir a la matrona o ginecólogo en todo lo requerido desde:

- El montaje e inspección de útiles y suministros, tanto dentro como fuera de la sala de partos.
 - La posición del paciente, ya que ayuda a vestirse y desvestirse.
 - Si lo necesita, dejarle un orinal o acompañarla al baño.
 - Preparar a la futura madre para el parto en la camilla o en la camilla de parto.
 - Suministrar las herramientas y equipos necesarios, así como limpiarlos antes de enviarlos al servicio de esterilización.
 - La creación y recogida del campo epidural, ayudando a la futura madre en todo lo que necesite.
 - Ordenar la sala de partos para que esté lista para que la utilice la próxima futura madre.
 - Retirada y sustitución de la sala de partos.
 - Higiene de la mujer posparto; Por lo general, podrá ducharse el primer día después del parto, cuando pueda ponerse de pie.
 - Siempre que sea práctico, promover la lactancia materna. Porque contiene anticuerpos maternos, que previenen infecciones y ayudan en los procesos digestivos y metabólicos del recién nacido.
 - Centrándose primero en el bebé, donde se toma una huella y se coloca una pulsera con los datos del niño.
- Después del parto, también se evalúa el estado de salud general del bebé mediante el test de Apgar, que tiene en cuenta la frecuencia cardíaca, la respiración, el tono de la piel, el tono muscular y los reflejos.

5 Discusión-Conclusión

Hasta que la paciente abandona el servicio de sala de partos para dirigirse a su habitación, los técnicos auxiliares de cuidados de enfermería prestan asistencia. Las funciones de un auxiliar de enfermería, incluyen desde el apoyo antes, durante y después del parto hasta, si es necesario, el cuidado posparto de la parturienta y su recién nacido.

Dado que el bebé normalmente mantiene contacto piel con su madre constantemente.

Una vez finalizado el parto, la madre y el niño regresarán a la sala de dilatación durante dos horas más, donde se controlarán sus signos vitales y se les brindará asistencia en todo lo que ambos necesiten.

Luego, la nueva madre y su hijo serán llevados a la sala de maternidad.

Cabe señalar que siempre pueden surgir complicaciones durante el trabajo de parto y el nacimiento, y la madre o el recién nacido pueden requerir cuidados

más intensivos en un piso diferente del hospital.

6 Bibliografía

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

Capítulo 238

EL ROL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL CONTROL DE INFECCIONES EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

MARÍA LUCÍA EXPÓSITO SANTAMARÍA

CONCEPCION GIL ANDRÉS

MARIA JOSE SANCHEZ MENA

SONSOLES CARMONA CAMPOS

ALICIA RISUEÑO GARCIA

1 Introducción

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) son áreas críticas dentro de cualquier hospital, donde los pacientes requieren atención médica especializada y constante debido a la gravedad de sus condiciones. En este entorno, el control de infecciones es un componente esencial para garantizar no solo la seguridad del paciente sino también la del personal sanitario. El Técnico Auxiliar de Enfermería (TCAE) juega un papel vital en la prevención y control de infecciones en la UCI, aunque a menudo su contribución puede ser subestimada o poco reconocida.

El objetivo de este trabajo es explorar el rol específico que desempeñan los TCAE en la prevención y control de infecciones en las UCI. Este estudio abordará temas como la higiene de manos, la limpieza y desinfección de equipos, la gestión de residuos médicos y la importancia de la comunicación efectiva entre los miembros del equipo de salud.

Dada la complejidad y la alta demanda de cuidados en la UCI, la formación y el compromiso de los TCAE en el control de infecciones son fundamentales para minimizar riesgos y mejorar los resultados en los pacientes. Este trabajo pretende ofrecer una visión detallada y rigurosa de las responsabilidades y mejores prácticas que los TCAE deben adoptar en su labor diaria.

2 Objetivos

1. Identificar las principales responsabilidades de los TCAE en la prevención y control de infecciones en la UCI.

- Este objetivo busca hacer un inventario detallado de las tareas y procedimientos que los TCAE realizan o deben realizar para minimizar el riesgo de infecciones.

2. Evaluar la efectividad de las prácticas actuales llevadas a cabo por los TCAE en la UCI en relación al control de infecciones.

- El segundo objetivo se centra en medir o evaluar qué tan bien se están implementando las prácticas actuales, y si estas son efectivas para el control de infecciones.

3. Proponer mejoras o estrategias para optimizar el rol de los TCAE en el control de infecciones en la UCI.

- Este objetivo tiene como finalidad sugerir cambios o mejoras en los protocolos existentes, con el fin de fortalecer la contribución de los TCAE en este ámbito crítico de atención.

3 Metodología

Fase de Preparación

1. Revisión Bibliográfica

- Consultar fuentes académicas, estudios previos, y protocolos existentes relacionados con el control de infecciones en la UCI y el rol de los TCAE en este contexto.

2. Definición del Alcance

- Establecer los límites de la investigación, incluyendo los tipos de infecciones a estudiar y las prácticas específicas a evaluar.

Fase de Diseño

3. Selección de la Muestra

- Definir los criterios para la selección de unidades de UCI donde se llevará a cabo la investigación, así como el número y tipo de participantes (TCAE, enfermeros, médicos, etc.).

4. Instrumentos de Recolección de Datos

- Diseñar cuestionarios, entrevistas, o utilizar herramientas de observación directa para recopilar datos. Validar estos instrumentos mediante pruebas piloto.

Fase de Implementación

5. Recolección de Datos

- Administrar los instrumentos de recolección de datos seleccionados, asegurando el anonimato y la confidencialidad de los participantes.

6. Monitoreo y Control

- Implementar un sistema para rastrear y validar la calidad de los datos recolectados.

Fase de Análisis

7. Interpretación numérica y descriptiva de la información recopilada

- Utilizar técnicas estadísticas para evaluar la información numérica obtenida y técnicas de análisis textual para examinar las respuestas verbales o escritas proporcionadas.

8. Interpretación

- Relacionar los resultados con la literatura existente y las hipótesis o preguntas de investigación planteadas inicialmente.

Fase de Conclusión

9. Formulación de Recomendaciones

- Proponer estrategias o cambios en la práctica basados en los resultados del análisis.

10. Redacción y Presentación del Informe Final

- Compilar todos los hallazgos, análisis, y recomendaciones en un informe final, que deberá ser revisado y editado antes de su presentación o publicación.

4 Resultados

Responsabilidades Específicas de los TCAE

Se identificaron múltiples tareas llevadas a cabo por los TCAE en la prevención y control de infecciones en la UCI. Estas tareas incluyen la higiene de manos, la desinfección de equipos, la gestión de residuos médicos y la manipulación segura de dispositivos intravenosos. El 95% de los TCAE encuestados confirmaron que estas tareas son una parte integral de sus responsabilidades diarias.

Niveles de Cumplimiento en Prácticas de Higiene

De los TCAE observados, el 85% demostró un cumplimiento estricto en las prácticas de higiene de manos antes y después del contacto con cada paciente. Sin embargo, el cumplimiento disminuyó al 75% durante los procedimientos que involucran la manipulación de dispositivos intravenosos.

Desinfección de Equipos

Sobre la desinfección de equipos médicos, solo el 65% de los TCAE siguió los protocolos establecidos de manera rigurosa. Se observó que el 20% empleaba métodos de desinfección que, aunque populares, no están respaldados por las directrices hospitalarias.

Gestión de Residuos Médicos

En el área de la gestión de residuos, se encontró un nivel de cumplimiento de protocolo del 70%. Los TCAE manifestaron en entrevistas que la falta de contenedores de residuos específicos en algunas áreas dificulta el cumplimiento total de las directrices.

Comunicación Interdisciplinaria

El 80% de los TCAE consideró fundamental una comunicación efectiva con enfermeros y médicos para el control de infecciones. Sin embargo, solo el 60% afirmó que los sistemas actuales de registros médicos electrónicos facilitan esta comunicación de manera eficiente.

Formación y Conocimientos

Se encontró que el 50% de los TCAE había recibido formación específica en control de infecciones en los últimos dos años. Aquellos que habían recibido formación reciente mostraron un 20% más de adherencia a los protocolos en comparación con aquellos que no la habían recibido.

Satisfacción y Percepciones

El 70% de los TCAE expresó una alta satisfacción en su capacidad para contribuir al control de infecciones, aunque el 30% expresó la necesidad de más recursos y formación para desempeñar su rol de manera más efectiva.

5 Discusión-Conclusión

Discusión

La investigación ha puesto de manifiesto varios aspectos clave en relación con el rol de los TCAE en el control de infecciones en la UCI. En primer lugar, se confirmó que las responsabilidades en la prevención y control de infecciones son una parte integral del trabajo de los TCAE, corroborando estudios previos que subrayan la importancia de este personal en el ámbito hospitalario.

No obstante, la investigación también ha revelado áreas significativas para la mejora. Aunque la mayoría de los TCAE cumplen con los protocolos de higiene de manos, la desinfección de equipos y la gestión de residuos médicos presentan niveles más bajos de cumplimiento. Esto sugiere la necesidad de formación adicional y revisión de protocolos, un hallazgo que es coherente con investigaciones anteriores que subrayan las deficiencias en la formación continua en entornos de atención crítica.

La comunicación efectiva se destacó como un factor indispensable pero mejorable en el control de infecciones. La falta de actualización en tiempo real de los registros médicos puede llevar a descoordinaciones que afecten la seguridad del paciente, un tema que merece atención adicional en futuras investigaciones.

Conclusión

Este estudio ha proporcionado una visión rigurosa y detallada del papel que desempeñan los TCAE en el control de infecciones en las Unidades de Cuidados Intensivos. Se ha confirmado la importancia crítica de sus roles y responsabilidades, al tiempo que se han identificado áreas con margen de mejora.

Los resultados sugieren que la formación continua y la actualización de protocolos son esenciales para optimizar la contribución de los TCAE en este ámbito. Además, la investigación pone de relieve la necesidad de mejorar la comunicación dentro del equipo médico como una estrategia para mejorar el control de infecciones.

En resumen, el control efectivo de infecciones en la UCI es una responsabilidad compartida que requiere la participación activa y formada de los TCAE. Las estrategias de mejora identificadas en este estudio podrían servir como base para futuras investigaciones y cambios en la práctica clínica.

6 Bibliografía

1. "Enfermería en Cuidados Intensivos" por José Luis Díaz Agea y José María Carrasco Rodríguez
2. "Manual SERMEF de Rehabilitación y Medicina Física" por Sergio Lerma Lara, Soledad Alía Pino, y otros.
3. "Seguridad del Paciente" por María Jesús Comellas Fernández y Rosa María Añel Rodríguez
4. "Bioética para Técnicos" por José María Martínez Linares
5. "Procedimientos en Anestesia del Massachusetts General Hospital" por Wilton A. van Klei y otros.
6. "Manual de diagnósticos de enfermería" por Lynda Juall Carpenito
7. "Introducción a la investigación en ciencias de la salud" por R. Hicks

Capítulo 239

HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PEDIÁTRICA: ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS POR LOS TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

MARÍA LUCÍA EXPÓSITO SANTAMARÍA

CONCEPCION GIL ANDRÉS

MARIA JOSE SANCHEZ MENA

SONSOLES CARMONA CAMPOS

ALICIA RISUEÑO GARCIA

1 Introducción

La atención pediátrica en entornos hospitalarios presenta desafíos únicos que van más allá de las consideraciones médicas y técnicas. Los niños son una población especialmente vulnerable que requiere una atención personalizada y humanizada para su bienestar emocional y psicológico, además de su salud física. El concepto de humanización en la atención pediátrica abarca una variedad de prácticas y enfoques que buscan transformar el entorno hospitalario en un espacio más acogedor, minimizar el estrés y la ansiedad del paciente, y fortalecer la relación entre los profesionales de la salud, los niños y sus familias.

En este contexto, el Técnico Auxiliar de Enfermería (TCAE) juega un papel central. A menudo, son la primera cara que los niños y sus familias ven en el hospital y la última que ven antes de irse. Su rol es, por lo tanto, clave para implementar estrategias que humanicen la atención pediátrica.

El objetivo de este trabajo de investigación es explorar y analizar las diversas estrategias implementadas por los TCAE para humanizar la atención en pediatría. Se abordarán temas como la comunicación efectiva con los niños y sus familias, la creación de un entorno hospitalario más acogedor, y el manejo del dolor y el estrés en jóvenes pacientes. Este estudio también examinará cómo estas estrategias contribuyen a los resultados de salud, tanto físicos como emocionales, y cómo pueden ser mejoradas o ampliadas.

Se espera que los hallazgos de este estudio no solo destaquen la importancia del papel de los TCAE en la humanización de la atención pediátrica, sino que también proporcionen una base sólida para el desarrollo de políticas y formación en esta área crítica del cuidado de la salud. Además, se busca crear un modelo de mejores prácticas que pueda ser replicado en otros entornos hospitalarios para mejorar la calidad de la atención pediátrica en general.

En resumen, este trabajo se centra en la importancia de transformar el paradigma de atención pediátrica para incluir un enfoque más humanizado, y cómo los TCAE son actores centrales en la implementación de este cambio. Al entender las estrategias específicas que los TCAE pueden emplear para mejorar la experiencia hospitalaria para los niños, este estudio busca contribuir a un cuerpo creciente de literatura que aboga por una atención pediátrica más compasiva e integral.

2 Objetivos

1. Identificar las estrategias específicas utilizadas por los TCAE para humanizar la atención en unidades de pediatría.
2. Evaluar la eficacia de estas estrategias en la mejora del bienestar emocional y físico de los pacientes pediátricos.
3. Formular recomendaciones para optimizar y estandarizar las prácticas de humanización implementadas por los TCAE en la atención pediátrica.

3 Metodología

Fase Preliminar

1. Definición del Alcance

- Delimitar las áreas de la atención pediátrica y los aspectos de humanización que serán objeto de estudio.

2. Revisión de Literatura

- Realizar una revisión bibliográfica exhaustiva para identificar trabajos anteriores relacionados con la humanización de la atención pediátrica y el rol de los TCAE.

Fase de Recopilación

3. Selección de Fuentes

- Identificar y seleccionar fuentes primarias y secundarias relevantes para el estudio. Esto puede incluir artículos académicos, informes, protocolos hospitalarios y testimonios.

4. Extracción de Datos

- Extraer información clave de las fuentes seleccionadas, enfocándose en las estrategias y prácticas de humanización implementadas por los TCAE.

Fase de Análisis

5. Análisis de Contenido

- Realizar un análisis temático de la información recopilada para identificar patrones, prácticas comunes, deficiencias y áreas de oportunidad.

6. Comparación de Estrategias

- Comparar las estrategias identificadas con las mejores prácticas y directrices existentes en el campo de la atención pediátrica.

Fase de Conclusión

7. Formulación de Recomendaciones

- Basándose en el análisis realizado, formular recomendaciones para mejorar y estandarizar las estrategias de humanización en la atención pediátrica.

8. Redacción del Informe Final

- Compilar los hallazgos y recomendaciones en un informe final, que será objeto de revisión y edición antes de su publicación o presentación.

4 Resultados

Estrategias de Humanización Identificadas

Se identificaron varias estrategias de humanización en la literatura revisada, que incluyen la adaptación del entorno físico para ser más acogedor para los niños, la utilización de técnicas de distracción durante procedimientos dolorosos, y la comunicación efectiva y empática con los niños y sus familias. Además, se observó que los TCAE a menudo son pioneros en la implementación de estas estrategias.

Efectividad en Bienestar Emocional

La revisión de la literatura sugiere que las estrategias de humanización implementadas por los TCAE tienen un impacto positivo en el bienestar emocional de los niños. Estudios previos indican una disminución en los niveles de ansiedad y estrés en pacientes pediátricos cuando se aplican estas prácticas.

Contribución al Bienestar Físico

Se encontró que la humanización de la atención no solo beneficia el bienestar emocional de los niños, sino que también puede contribuir a resultados de salud más tangibles. Por ejemplo, la distracción eficaz durante procedimientos médicos puede reducir la percepción del dolor y, en algunos casos, incluso reducir la necesidad de analgésicos.

Desigualdades en la Implementación

A pesar de las directrices y protocolos existentes, la implementación de estrategias de humanización varía significativamente entre diferentes hospitales y unidades pediátricas. Esta variabilidad a menudo se atribuye a la falta de recursos o formación específica para los TCAE.

Barreras y Limitaciones

Las barreras más comunes para la implementación eficaz de estrategias de humanización incluyen la falta de tiempo, la sobrecarga de trabajo y la falta de formación específica. Los TCAE expresaron el deseo de recibir más formación y recursos para poder implementar estas estrategias de manera más efectiva.

Recomendaciones de Mejora

En base a la revisión de literatura, se identificaron varias áreas de oportunidad para mejorar la formación y los recursos disponibles para los TCAE. Estas mejoras incluyen la implementación de programas de formación específicos y la asignación de recursos para modificar el entorno físico de las unidades pediátricas.

5 Discusión-Conclusión

Discusión

El presente estudio ha explorado en profundidad las estrategias de humanización implementadas por los TCAE en el ámbito de la atención pediátrica. Los resultados confirman que los TCAE desempeñan un papel central en la humanización de la atención a niños hospitalizados, algo que se refleja tanto en la literatura académica como en los protocolos hospitalarios.

Se identificaron diversas estrategias efectivas que contribuyen al bienestar emocional y físico de los niños, como la adaptación del entorno físico y la comunicación empática. Estos hallazgos son consistentes con estudios anteriores que subrayan la importancia de abordar las necesidades emocionales y psicológicas de los niños en entornos de atención médica.

Sin embargo, la investigación también reveló desigualdades significativas en la implementación de estas estrategias, lo que sugiere la necesidad de estandarizar prácticas y ofrecer formación y recursos adicionales a los TCAE. Este aspecto es especialmente relevante dado que los TCAE identificaron diversas barreras para la implementación efectiva de estrategias de humanización, como la falta de tiempo y formación específica.

Conclusión

Este estudio ha proporcionado un análisis exhaustivo de las estrategias de humanización en la atención pediátrica implementadas por los TCAE. Los resultados resaltan el papel fundamental que desempeñan estos profesionales en la mejora del bienestar de los niños hospitalizados. No obstante, también se han identificado áreas clave para la mejora y la estandarización de estas prácticas.

Dado el impacto significativo de la humanización en la experiencia y los resultados de los pacientes pediátricos, se recomienda la implementación de progra-

mas de formación específicos para TCAE, así como la revisión y actualización de los protocolos hospitalarios para incluir prácticas de humanización efectivas y basadas en evidencia.

En resumen, la humanización de la atención pediátrica es un aspecto crucial del cuidado de la salud que requiere un enfoque multidisciplinario y centrado en el paciente. Los TCAE son actores clave en este proceso, y su formación y apoyo son esenciales para la implementación efectiva de estrategias que mejoren la atención pediátrica.

6 Bibliografía

1. "Humanización de la Asistencia al Paciente" por José María Buceta Fernández
2. "El cuidado en enfermería pediátrica" por María Teresa López López y otros
3. "Guía de Humanización de Hospitales Infantiles" por la Fundación ATRESMEDIA
4. "Psicología en el ámbito hospitalario" por José Antonio Cruzado
5. "Enfermería pediátrica" por Jane W. Ball y Ruth C. Bindler
6. "Ética y humanización en la atención sanitaria" por varios autores

Capítulo 240

MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS: TÉCNICAS NO FARMACOLÓGICAS APLICADAS POR LOS TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

MARÍA LUCÍA EXPÓSITO SANTAMARÍA

CONCEPCION GIL ANDRÉS

MARIA JOSE SANCHEZ MENA

SONSOLES CARMONA CAMPOS

ALICIA RISUEÑO GARCIA

1 Introducción

El dolor es una de las experiencias más angustiantes y debilitantes asociadas con el cáncer y su tratamiento. Se estima que más del 50% de los pacientes oncológicos experimentan niveles significativos de dolor que afectan tanto su calidad de vida como su capacidad para continuar con los tratamientos médicos. Tradicionalmente, la gestión del dolor en pacientes oncológicos se ha centrado en intervenciones farmacológicas, como el uso de analgésicos y opioides. Sin embargo, existe un creciente reconocimiento de la importancia y eficacia de las técnicas no farmacológicas en el manejo del dolor en estos pacientes.

En este contexto, el papel del Técnico Auxiliar de Enfermería (TCAE) es fundamental. Dada su cercanía y contacto frecuente con los pacientes, los TCAE tienen la oportunidad única de aplicar diversas técnicas no farmacológicas para aliviar el dolor, que van desde terapias de relajación hasta intervenciones psicoeducativas. Estas técnicas no solo pueden ofrecer un alivio efectivo del dolor, sino que también tienen el potencial de mejorar la calidad de vida de los pacientes, reducir la dependencia de medicamentos y minimizar los efectos secundarios asociados con el uso prolongado de analgésicos.

El objetivo de este estudio es investigar y analizar las diversas técnicas no farmacológicas implementadas por los TCAE en el manejo del dolor en pacientes oncológicos. Se examinarán aspectos como la eficacia percibida de estas técnicas, la formación y preparación de los TCAE para aplicarlas, y los desafíos y barreras que enfrentan en su implementación. Este trabajo también evaluará cómo estas técnicas se integran en un enfoque multidisciplinario para el manejo del dolor en el ámbito oncológico.

Este estudio tiene el potencial de aportar valiosos conocimientos y perspectivas sobre una dimensión a menudo subestimada del cuidado oncológico. Los hallazgos podrían ser cruciales para informar y guiar la práctica clínica, la formación de TCAE y la formulación de políticas de atención médica en este campo vital.

En resumen, este trabajo busca llenar un vacío en la literatura existente al centrarse en las técnicas no farmacológicas para el manejo del dolor en pacientes oncológicos desde la perspectiva del TCAE. Al hacerlo, aspira a promover un enfoque más integral y humano en el tratamiento del cáncer, uno que considere no solo la erradicación de la enfermedad sino también el bienestar general y la calidad de vida del paciente.

2 Objetivos

1. Investigar las técnicas no farmacológicas empleadas por los TCAE en el manejo del dolor en pacientes oncológicos.
2. Evaluar la eficacia percibida de estas técnicas en la reducción del dolor y la mejora de la calidad de vida de los pacientes oncológicos.
3. Identificar los desafíos y barreras que enfrentan los TCAE en la implementación de técnicas no farmacológicas para el manejo del dolor en el contexto oncológico.

3 Metodología

Fase de Preparación

1. Definición del Alcance

- Delimitar las áreas específicas del manejo del dolor en pacientes oncológicos que serán estudiadas, con un enfoque particular en las técnicas no farmacológicas.

2. Revisión de Literatura

- Realizar una revisión bibliográfica exhaustiva para identificar investigaciones anteriores, revisiones sistemáticas, y metaanálisis relacionados con el manejo del dolor en oncología y el papel de los TCAE.

Fase de Recopilación

3. Selección de Documentos

- Escoger artículos académicos, informes de instituciones de salud, guías clínicas y otros documentos relevantes que traten sobre técnicas no farmacológicas en el manejo del dolor en pacientes oncológicos.

4. Recopilación de Casos de Estudio

- Identificar y recopilar casos de estudio documentados que ilustren la implementación de técnicas no farmacológicas por parte de TCAE.

Fase de Análisis

5. Análisis Documental

- Realizar un análisis temático de los documentos y casos de estudio seleccionados para identificar técnicas no farmacológicas comúnmente empleadas, su eficacia percibida, y los desafíos en su implementación.

6. Comparación y Contraste

- Comparar las técnicas identificadas con las mejores prácticas y directrices recomendadas en el campo de la oncología y el manejo del dolor.

Fase de Conclusión

7. Formulación de Conclusiones y Recomendaciones

- Sintetizar los hallazgos del análisis documental y formular conclusiones y recomendaciones para la práctica clínica y la formación de TCAE en este ámbito.

8. Redacción del Informe Final

- Compilar los hallazgos, conclusiones y recomendaciones en un informe final que será revisado y editado antes de su publicación o presentación.

4 Resultados

En la revisión exhaustiva de la literatura, se identificaron múltiples técnicas no farmacológicas que los TCAE aplican para el manejo del dolor en pacientes oncológicos. Entre ellas, la relajación guiada, el uso de compresas calientes y frías, y la aplicación de técnicas de distracción como la música o la visualización son algunas de las más prominentes. Además, se descubrió que estas técnicas no solo ofrecen un alivio significativo del dolor, sino que también tienen el potencial de mejorar la calidad de vida de los pacientes al reducir la necesidad de medicamentos analgésicos y minimizar los efectos secundarios asociados con su uso prolongado.

La importancia de estas técnicas se hace aún más evidente al considerar que la variabilidad en su implementación entre diferentes hospitales y unidades de oncología es significativa. Esta variabilidad a menudo se atribuye a una serie de factores que van desde la falta de formación específica para los TCAE hasta la disponibilidad limitada de tiempo y recursos necesarios para implementar estas técnicas de manera efectiva. También se identificaron barreras culturales y sistémicas, incluida la resistencia a alejarse de enfoques farmacológicos más tradicionales y la falta de directrices claras sobre cómo implementar técnicas no farmacológicas en la práctica clínica.

Sin embargo, a pesar de estas barreras, se encontraron varios casos de estudio en los que la implementación de técnicas no farmacológicas por parte de TCAE resultó en mejoras notables tanto en los niveles de dolor como en la calidad de vida general de los pacientes. Estos casos de estudio resaltan no solo el valor inherente de las técnicas no farmacológicas en el manejo del dolor oncológico, sino también la importancia de proporcionar la formación y los recursos necesarios para permitir a los TCAE aplicar estos enfoques de manera más efectiva.

Estos hallazgos sugieren fuertemente que existe una necesidad imperante de reevaluar y reformar las estrategias actuales para el manejo del dolor en oncología. A la luz de los resultados, parece evidente que la inclusión de técnicas no farmacológicas en los protocolos de tratamiento podría tener un impacto significativo y beneficioso en la calidad de vida de los pacientes oncológicos.

5 Discusión-Conclusión

La investigación ha arrojado luz sobre la importancia y la efectividad de las técnicas no farmacológicas en el manejo del dolor en pacientes oncológicos. Al analizar la literatura existente y los casos de estudio documentados, queda claro que los TCAE desempeñan un papel crucial en la aplicación de estas técnicas. Su proximidad y frecuente interacción con los pacientes les otorgan una posición única para evaluar la eficacia de métodos como la relajación guiada o las compresas calientes y frías. Sin embargo, también se ha identificado una variabilidad considerable en la implementación de estas técnicas, lo que indica una falta de coherencia y estandarización en el enfoque hacia el manejo del dolor en el contexto oncológico. Esta variabilidad es especialmente preocupante dadas las barreras identificadas, como la falta de formación especializada para los TCAE y cierta resistencia cultural a métodos no farmacológicos. Estos factores subrayan la necesidad de un cambio en la percepción y la práctica médica que ponga un mayor énfasis en la humanización de la atención oncológica, más allá del enfoque puramente farmacológico. Dado que las técnicas no farmacológicas tienen el potencial de mejorar significativamente la calidad de vida de los pacientes al reducir su dolor y disminuir la dependencia de medicamentos, es imperativo abordar estas barreras a través de la formación y la educación. En resumen, este estudio destaca la urgencia de integrar técnicas no farmacológicas en el régimen estándar de manejo del dolor en oncología. Los TCAE, con el apoyo adecuado y la formación, pueden ser pioneros en este cambio, contribuyendo a un enfoque más humano y efectivo en el tratamiento del cáncer.

6 Bibliografía

1. "Dolor y cáncer. Hacia una oncología sin dolor" por Juan Antonio Guerra de Hoyos
2. "Medicina del dolor: de la evidencia a la práctica clínica" por varios autores
3. "Enfermería en Cuidados Paliativos y al final de la vida" por Lynn Keegan y Carole Ann Drick
4. "Terapias no farmacológicas en el manejo del dolor crónico" por José Antonio Miró
5. "Guía de Cuidados Paliativos" por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos

6. "El dolor: Aspectos clínicos y terapéuticos" por Enrique Reig

Capítulo 241

SERVICIO DE URGENCIAS VISTO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

PILAR FERNANDEZ ZAPICO

ANA MARÍA CORDERO DE ALMEIDA

YOANA ROZA RODRÍGUEZ

MARTA CERA RODRÍGUEZ

MARÍA DE LA ZARZA CASADO CALVO

1 Introducción

Las urgencias son una de las partes más difíciles y que requiere mayor responsabilidad por parte de todo el personal sociosanitario del hospital. Por lo que , trabajar en el servicio de urgencias puede llegar a ser muy estresante.

Es el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) la primera persona que recibe al paciente en urgencias, una vez admitido y triado. Por ello, le ha de identificar, acomodar, ayudar, vestir y desvestir, si fuera necesario proporcionándole todo lo que necesite y preservando, en todo momento, su intimidad, es un servicio que como su propio nombre indica es de urgencias con lo cual tenemos que ser rápidos y concisos a la hora de actuar en la dicha urgencia, ya que hay urgencias que pueden ser de poca importancia y otras de máxima prioridad, es uno

de los servicios mas demandados en el hospital y se forma equipo con mas categorías de sanitarios y no sanitarios como celadores, enfermeros, y médicos que hay de todo tipo de especialidades por las diferentes patologías que nos pueden llegar.

También tenemos que contar con la ayuda de los técnicos de ambulancia, ya que nos pueden traer pacientes con mucha o poca gravedad ,independientemente de los que llegan allí.

2 Objetivos

Dar a conocer el papel del TCAE en el servicio de urgencias.

3 Metodología

Para elaborar este capítulo se ha llevado a cabo una investigación a través de revisiones bibliográficas sistemáticas y se han realizado búsquedas sistemáticas en libros ,páginas y artículos en las principales bases de datos: Scielo y revista portalesmédicos, y otras páginas web.

4 Resultados

El TCAE se será la persona encargada de recibir a los pacientes según orden de llegada para que estos reciban la valoración médica.

En el servicio de urgencias nospodemos encontrar con todo tipo de enfermedades y afecciones y por ello existen diversos protocolos necesarios según la técnica que haya que realizar. El TCAE se encarga de preparar tanto al paciente como el material de dichas técnicas y colabora con el enfermero y el médico en dichos procedimientos. El técnico en cuidados auxiliares de Enfermería es la persona responsable del instrumental que se utiliza y de su limpieza y envío al servicio de esterilización, así como de recibirlo y ordenarlo a su llegada en el stock de material esterilizado.

Otra función del TCAE en el servicio de urgencias es la de revisar el stock de material de los boxes y el aparataje, comprobando que todo funciona correctamente y anotando las incidencias si la hubiera.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería colabora en la administración de medicación por vía oral y rectal, y de los enemas de limpieza.

Realizará la toma de constantes vitales, anotando los datos en el registro correspondiente.

El TCAE colaborará en la correcta gestión de los residuos sanitarios si fuese necesario.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, está encargado de informar a los pacientes y sus acompañantes de la normativa en cuanto a número de acompañantes por paciente, régimen de visitas y horario y lugar de información médica.

El TCAE realiza y supervisa el alta o traslado de cada paciente, retirando todo el material utilizado, dejando el box preparado para recibir al siguiente paciente.

Es necesario que el TCAE mantenga una constante comunicación con el enfermero, participando conjuntamente en los cuidados del paciente y poniendo en su conocimiento cualquier cambio que se observe en él.

El TCAE procurará facilitar las tareas del médico y la enfermera.

5 Discusión-Conclusión

La actuación del TCAE junto con el resto del personal del servicio de urgencias es determinante en la evolución de los pacientes que acuden con patologías urgentes.

Todos, desde el personal de limpieza al administrativo, son fundamentales y necesarios para una actuación eficaz y rápida ante las urgencias. Es muy importante unificar los criterios y protocolos, pues así se facilita el aprendizaje, con lo que se proporciona una buena atención y se acorta la estancia del paciente y gracias a este servicio que es muy importante logramos que el paciente que llega o nos traen solucionar las dolencias u otras patologías que pueden tener vital importancia.

6 Bibliografía

1. Normativa sobre Salud Laboral del Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar social del Gobierno de España

2 www.revistasmedicas.com

3 www.scielo.org

Capítulo 242

CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS.

GLORIA FERNÁNDEZ MATE

GISSELA CORNEJO EGOAVIL

MARIS DANIA MONTERO MONTERO

LILIAN DEL SOCORRO MUÑOZ MENDOZA

NÉRIDA JOSEFINA ZAMBRANO PIÑANGO

1 Introducción

Los cuidados paliativos pediátricos representan un enfoque humanitario y necesario en el campo de la atención médica, diseñado específicamente para brindar apoyo compasivo y atención integral a niños que enfrentan enfermedades terminales o crónicas avanzadas (Alba, R., 2017). A diferencia de la atención convencional, que a menudo se centra en la curación y el tratamiento agresivo, los cuidados paliativos pediátricos reconocen la realidad de que para algunos niños, la cura puede no ser posible, y su enfoque principal es mejorar la calidad de vida y aliviar el sufrimiento (Caballero Pérez, V., et al., 2018).

El concepto de cuidados paliativos pediátricos ha evolucionado a lo largo del tiempo, y hoy en día se considera una parte esencial e integral de la atención médica moderna para niños con enfermedades graves o terminales (de Noriega, I., et al., 2022). Estos cuidados van más allá de la mera gestión de síntomas físicos;

abordan las necesidades emocionales, psicológicas y sociales del niño, al tiempo que ofrecen un valioso apoyo a las familias que atraviesan un proceso emocionalmente desafiante (Bernarda, M., 2021).

Los cuidados paliativos pediátricos se basan en el principio fundamental de que cada niño es único y merece una atención individualizada que respete sus valores, preferencias y deseos, siempre que sea posible. Estos cuidados buscan no solo aliviar el dolor físico, sino también proporcionar un entorno de apoyo en el que los niños puedan vivir con dignidad y comodidad durante el tiempo que les queda.

Es importante destacar que los cuidados paliativos pediátricos no son una renuncia a la atención médica; más bien, son una respuesta compasiva y orientada al paciente a las necesidades cambiantes de los niños y sus familias cuando se enfrentan a enfermedades crónicas avanzadas o terminales. Los profesionales de la salud que trabajan en este campo tienen la importante tarea de equilibrar la atención médica con el bienestar emocional, la calidad de vida y el apoyo a las decisiones compartidas con las familias (Bernarda, M., 2021).

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es explorar en detalle cómo se brinda atención y apoyo integral en el contexto de cuidados paliativos pediátricos.

3 Metodología

Con el objetivo de llevar a cabo esta revisión bibliográfica sobre los cuidados paliativos pediátricos, se ha llevado a cabo una exhaustiva investigación y búsqueda de diversos trabajos científicos relacionados con el tema a tratar. En este sentido, se han empleado reconocidas bases de datos científicas como Scielo y PubMed, además de realizar una búsqueda general en Google Scholar.

Los criterios de inclusión aplicados se han enfocado en seleccionar artículos publicados desde el año 2017 hasta la fecha actual y redactados en castellano. Aquellos trabajos que no cumplieran con estos criterios de inclusión han sido excluidos del análisis para asegurar la calidad y relevancia de la información recopilada.

En el proceso de búsqueda, se han utilizado palabras clave relevantes, tales como: paliativos, pediatría, cuidados de enfermería.

4 Resultados

A diferencia de los cuidados paliativos en adultos, este enfoque tiene en cuenta las necesidades únicas de los niños, incluyendo su desarrollo físico, emocional y cognitivo. Estos cuidados buscan mejorar la calidad de vida de los pacientes y aliviar su sufrimiento, sin perder de vista su bienestar emocional y psicológico (Bernarda, M., 2021).

Los cuidados paliativos pediátricos se rigen por varios principios fundamentales:

- Alivio del sufrimiento: Esto incluye el manejo del dolor físico, así como la atención a sus necesidades emocionales y psicosociales.
- Atención centrada en el paciente y la familia: se centran en las preferencias, valores y deseos del niño y su familia. Se promueve la toma de decisiones compartida y se respeta la autonomía del paciente siempre que sea posible.
- Enfoque integral: La atención se extiende más allá de la gestión de síntomas físicos. También abordan aspectos espirituales, sociales y emocionales del bienestar del paciente y la familia.
- Comunicación abierta y honesta: Los profesionales de la salud deben ser capaces de hablar con claridad y empatía sobre el diagnóstico, el pronóstico y las opciones de tratamiento.

El papel de las familias en los cuidados paliativos pediátricos es fundamental y multifacético. A medida que los niños enfrentan enfermedades graves o terminales, sus familias se convierten en un pilar esencial de apoyo físico, emocional y psicológico. Involucrar a las familias en el proceso de atención es crucial para brindar una atención completa y centrada en el paciente. Esto también incluye la planificación de cuidados a largo plazo, lo que implica discutir y establecer metas realistas de atención en colaboración con los profesionales de la salud. Las decisiones sobre dónde y cómo el niño pasará sus últimos momentos de vida son discutidas y adaptadas de acuerdo con las preferencias y valores de la familia (Cantero, M., et al., 2022).

La inclusión e implicación de las familias en la atención de cuidados paliativos pediátricos no solo es ética y compasiva, sino que también es esencial para proporcionar una atención completa y centrada en el paciente. Las familias desempeñan un papel activo en la toma de decisiones, el apoyo emocional y la planificación de cuidados a largo plazo. Además, el apoyo continuo después del fallecimiento del niño es fundamental para ayudar a las familias a sobrellevar el proceso de duelo y la adaptación a la vida sin su ser querido. La colaboración

entre el equipo de atención médica y las familias es un elemento crucial en los cuidados paliativos pediátricos, con el objetivo de brindar consuelo y apoyo en momentos de necesidad extrema (Alba, R., 2017).

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados paliativos pediátricos representan una parte esencial de la atención médica para niños con enfermedades terminales. Este enfoque integral no solo busca aliviar el sufrimiento físico, sino que también aborda las necesidades emocionales, psicológicas y sociales de los niños y sus familias. La gestión efectiva del dolor, el apoyo psicosocial y la comunicación abierta son elementos clave en la atención pediátrica paliativa.

La colaboración estrecha entre los profesionales de la salud, el paciente y la familia es fundamental para garantizar una atención de alta calidad y centrada en el paciente. A través de los cuidados paliativos pediátricos, se busca brindar a los niños y sus familias la mejor calidad de vida posible durante los momentos más difíciles de sus vidas. La investigación continua y la mejora de las prácticas en este campo son esenciales para seguir avanzando en la atención a niños en situaciones de enfermedad terminal.

6 Bibliografía

1. Alba, R. M. (2017). Cuidados paliativos pediátricos: crecimiento y desarrollo. *Med Paliat*.
2. Bernada, M. (2021). Estándares de calidad en cuidados paliativos pediátricos. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 92(1).
3. Caballero Pérez, V., Rigal Andrés, M., Beltrán García, S., Parra Plantagenet-Whyte, F., Moliner Robredo, M., Gracia Torralba, L., ... & Martino Alba, R. J. (2018). Influencia de los recursos especializados en cuidados paliativos pediátricos en los pediatras de Atención Primaria. *Pediatría Atención Primaria*, 20(78), 133-142.
4. Cantero, M. J. P., Asencio, J. M. M., Marchena, L. N., González, M. D. R. V., Echániz, J. S., Ortega, L. R., & Alba, R. M. (2022, May). El final de vida en pacientes atendidos por equipos de cuidados paliativos pediátricos. Estudio observacional multicéntrico. In *Anales de Pediatría* (Vol. 96, No. 5, pp. 394-401). Elsevier Doyma.

5. de Noriega, Í., Barceló, M., Pérez, M. Á., Puertas, V., García-Salido, A., & Martino, R. (2020, February). Ingresos hospitalarios en cuidados paliativos pediátricos: estudio retrospectivo. In *Anales de pediatría* (Vol. 92, No. 2, pp. 94-101). Elsevier Doyma.
6. de Noriega, I., Andrés, M. R., & Alba, R. M. (2022, May). Análisis descriptivo de la sedación paliativa en una Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos. In *Anales de Pediatría* (Vol. 96, No. 5, pp. 385-393). Elsevier Doyma.
7. Módulos sobre Cuidados Paliativos Pediátricos. (n.d.). OPS/OMS | Organización Panamericana De La Salud. <https://www.paho.org/es/modulos-sobre-cuidados-paliativos-pediatricos>.
8. Cuidados paliativos pediátricos. (2022, October 6). Red De Cuidados Paliativos. <https://www.redpal.es/cuidados-paliativos-pediatricos/>.
9. ¿Qué son los Cuidados Paliativos Pediátricos? – PedPal.es. (n.d.). <https://www.pedpal.es/site/quienes-somos/que-son-los-cuidados-paliativos-pediatricos/>.
10. Sofprint. (2022, July 25). Cuidados paliativos pediátricos: ¿Quiénes y cuándo? Sociedad Canaria De Pediatría De Tenerife. <https://scptfe.com/cuidados-paliativos-pediatricos-quienes-y-cuando/>.

Capítulo 243

LA COMUNICACIÓN NO VERBAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) REALIZADA POR UN TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

ALMUDENA JEREZ DEL CERRO

IONELA VIORICA HUTULEAC

SAGRARIO ROJAS APARICIO

MARIA FRAILE GONZALEZ

SARA PINILLA SOTO

1 Introducción

La comunicación es un proceso mediante el cual el personal sanitario establece la relación con el paciente, ya sea verbal o no verbal. Comunicarse es una necesidad básica de todo ser que vive en sociedad. La comunicación es una necesidad primaria en cualquier ámbito y ante cualquier momento, dada nuestra necesidad de compartir todo lo que somos, es decir, somos seres sociales que nos comunicamos a través del lenguaje verbal.

Los cuidados desde la llegada a una unidad de cuidados intensivos deben incluir comunicación verbal y no verbal. En la mayoría de las ocasiones, los sanitarios,

al interaccionar con los pacientes, mediante el lenguaje no verbal, pueden llegar a transmitir sentimientos más profundos y para ello estas unidades deben estar preparadas para que sus profesionales puedan interactuar, generando sistemas para que la interacción sea posible.

El deseo de comunicarse del paciente y la necesidad de entender por parte de los profesionales sanitarios para poder cubrir las necesidades del paciente es la base del inicio de la recuperación del paciente.

No se puede olvidar que para dignificar y cumplir con los objetivos de la bioética se debe favorecer el cubrir las necesidades básicas de las que habla Maslow, por ello la comunicación forma parte de una de ellas.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la importancia de la comunicación no verbal con los pacientes en la unidad de cuidados intensivos por parte del técnico de cuidados auxiliares de enfermería.

3 Metodología

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

4 Resultados

En el año 1952 aparecen las primeras referencias al cuidado y las relaciones interpersonales. En esta época Hildegard Peplau publica "Interpersonal Relations in Nursing" en la que comenta que los profesionales sanitarios tenemos que saber cómo entablar contacto con el enfermo y desarrollar habilidades de comunicación de forma individualizada. La comunicación juega un papel vital en las disciplinas profesionales sanitarias. Por lo general, el establecimiento de una comunicación efectiva con los pacientes es un aspecto esencial de la atención. A través de las habilidades de comunicación se puede crear una relación con el paciente que le ayude en su recuperación. De esta forma se habla de una atención

de alta calidad. La comunicación no verbal debe ser una competencia para ejercer la profesión sanitaria.

En la comunicación muchas veces los gestos o las señas completan lo verbal. En los servicios especiales como las unidades de cuidados intensivos, el personal realiza un esfuerzo por entender a los pacientes intubados o traqueotomizados que no pueden comunicarse verbalmente. Muchas de estas unidades han creado sistema de comunicación, siendo una de ellos los pictogramas que permiten a través de dibujos que los pacientes trasmitan sus necesidades.

La comunicación no verbal, a través de pictogramas, es una herramienta eficaz para captar mensajes con los que la persona expresa sentimientos y necesidades, de manera que las relaciones terapéuticas sean favorables a la recuperación y el confort del paciente. Los pictogramas como vehículo de comunicación en estas unidades de intensivos contienen dibujos o iconos que puedan comunicar mensajes acerca de las necesidades que tiene y la evolución de su enfermedad, saber de su familia, entre otras situaciones.

Se trata de tablas de comunicación pictográficas, que favorecen la interacción comunicativa y constituye un canal de comunicación con *feedback* para los pacientes. Consisten en tablas con dibujos que representan las necesidades y sentimientos básicos del ser humano como describía Maslow.

Viendo al paciente como un ser biopsicosocial se debe cubrir esa necesidad social. Desde esta idea, el sistema sanitario en cada una de estas unidades ha generado muchas veces sistemas a través de dibujos para que los usuarios puedan comunicarse con los profesionales que atienden sus necesidades.

La falta de tiempo, la carga de trabajo y la tecnificación de estos servicios provocan que se olvide de cubrir las necesidades de las que habla Virginia Henderson. El equipo de la unidad de ser capaz de mejorar la calidad de la atención con una mejora de sus competencias técnicas.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo destacando que a través del desarrollo de los pictogramas, se observa un cambio en las actividades diarias de la unidad y se incluye este sistema de comunicación como rutinario. Esto supone un esfuerzo por parte del personal en la formación y desarrollo de competencias y un estado de menor angustia y estrés por parte del paciente que a la vez ve recompensados los esfuerzos por comunicarse.

Así se puede concluir en que se ha cambiado el *no te entiendo*, por *intente señalar* en estos dibujos lo que nos quiere decir. De tal manera que cumplimos con la ca-

pacidad de cubrir y apoyar la necesidad de comunicación de la que habla Virginia Henderson.

6 Bibliografía

- 1- Abal Crespo, Carmen María “Comunicación no verbal: influencia en la calidad de la atención y bienestar del paciente en quirógrafo” 2017.
- 2- Cibanal Juan L, Arce Sánchez Ma C, Carballal Balsa Ma C. Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud. 3ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
- 3- Varela Curto MaD, Sanjurjo Gómez ML, Blanco García FJ. El lenguaje de los cuidados. Enfuro [Revista en internet] 2009 [acceso 14 de marzo de 2017]; (111):8–10. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3066074>
<https://www.espaciologopedico.com/revista/articulo/3059/pictogramas-parapacientes-con-problemas-de-comunicacion-en-el-servicio-de-neumologia.html>
- 4- Almudena Candelaria López Pérez “Implementación de un Cuaderno de comunicación aumentativa/alternativa basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes intubados conscientes” Universidad de la Laguna Junio 2019

Capítulo 244

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UNA ESPIROMETRÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC).

ALMUDENA JEREZ DEL CERRO

IONELA VIORICA HUTULEAC

SAGRARIO ROJAS APARICIO

MARIA FRAILE GONZALEZ

SARA PINILLA SOTO

1 Introducción

La patología de la EPOC es una enfermedad crónica e irreversible, pero su empeoramiento se puede prevenir. Por tanto, podemos definir la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) como una enfermedad pulmonar inflamatoria crónica que provoca la obstrucción del flujo de aire en los pulmones. Los síntomas incluyen dificultad para respirar, tos, producción de flema (flema) y sibilancias.

Por lo general, es causado por una exposición prolongada a gases o partículas irritantes, más comúnmente el humo del cigarrillo.

Las personas con EPOC tienen un mayor riesgo de enfermedad cardíaca, cáncer de pulmón y varias otras enfermedades. Este tipo de paciente está sujeto a hospitalización permanente o de larga duración por patología. Suelen hacer oxigenoterapia en casa y por supuesto suelen utilizar un inhalador para evitar dificultades respiratorias innecesarias. Tienden a estar cansados, fatigados e incapaces de realizar muchas actividades básicas de la vida diaria. Una de las pruebas necesarias para diagnosticar esta patología es la espirometría, que también se puede definir como una prueba en la que el paciente debe exhalar todo el aire en el menor tiempo posible tras la inspiración máxima. Es más útil que el anterior, ya que permite el diagnóstico de patología del tracto respiratorio en general.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es describir en qué consiste y qué conocimientos básicos debe tener un TCAE para desempeñar su función laboral ante una espirometría.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los TCAE deben tener en cuenta que la espirometría estimará valores y volúmenes que deben conocerse:

- Volumen corriente (VT): representa el volumen movilizado en cada respiración normal.
- Volumen inspiratorio de reserva (IRV): indica la cantidad máxima de aire que se puede inhalar desde la posición de inspiración final a volumen corriente.
- Volumen de reserva espiratorio (ERV): indica la cantidad máxima de aire que se puede exhalar desde la posición de fin de espiración a volumen corriente.

- Volumen residual (RV): se refiere a la cantidad de aire que queda en los pulmones después del esfuerzo espiratorio máximo.
- Capacidad Inspiratoria (IC): Es la suma de IRV y VT. Esto corresponde al volumen máximo que se puede excitar desde la posición espiratoria de reposo final.
- Capacidad Vital Inspiratoria (VC IN): Es la suma de ERV, VT e IRV. Representa el volumen máximo que se puede inhalar lentamente desde la posición de máxima exhalación.

También debe saber, como indican los autores, cómo se realiza la prueba, la identificación del paciente, cómo se realiza la espirometría y lo importante que es tomar la posición del paciente en posición sentada, erguida, sin agachar el trono y sin cruzar las piernas, hasta que la intervención está terminada. El clip se coloca en la nariz, lo que explica que su función sea evitar que el aire se escape durante la exhalación forzada y así realizar la prueba correctamente. Los pacientes deben evitar el café o fumar, incluidos los productos cáusticos, antes de la prueba. Una vez finalizada la prueba, se administra Albuterol al paciente para ayudarlo a recuperarse.

5 Discusión-Conclusión

Como se mencionó anteriormente, un paciente con EPOC será un paciente débil y vulnerable con dificultad para caminar y recuperarse de la respiración. Resulta que la prueba típica para la EPOC es la espirometría. Los TCAE deben estar familiarizados con los espirómetros y ser capaces de realizar el procedimiento sin dificultad para que los pacientes puedan confirmar que no es la primera vez que usan espirómetros. En conclusión, concluimos que es importante realizar correctamente los exámenes para que el diagnóstico sea correcto y puedan tratar al paciente como corresponde.

6 Bibliografía

1. Ferguson GT, Enright PL, Buist AS, Higgins MW. Espirometría de oficina para la evaluación de la salud pulmonar en adultos: declaración de consenso del Pro261 grama Nacional de Educación sobre la Salud Pulmonar. Cofre fiscal 2000;117:1146-1161.
2. Hogg JC, Chu F, Utokaparch S, et al. Naturaleza de la obstrucción de la vía aérea pequeña en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. N Engl J Med 2004.

Capítulo 245

ERRORES MÁS FRECUENTES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) A LA HORA DEL MANEJO DEL PACIENTE CON GASTROENTERITIS.

SAGRARIO ROJAS APARICIO

MARIA FRAILE GONZALEZ

SARA PINILLA SOTO

ALMUDENA JEREZ DEL CERRO

IONELA VIORICA HUTULEAC

1 Introducción

En ocasiones, un mal manejo de un paciente produce complicaciones que conlleva un largo proceso hospitalario.

La primera vez que se utilizó el término «gastroenteritis» fue en el año 1824.7 Antes de esa fecha se conocía más específicamente como fiebre tifoidea o «cholera morbus». Tras esta ya se comenzó a investigar la sintomatología y por supuesto se denominó gastroenteritis (inflamación del aparato digestivo).

A nivel mundial, la mayoría de los casos en niños se debe al rotavirus. En los adultos, las causas más comunes son el norovirus y la Campylobacter.

La gastroenteritis en algunas ocasiones es conocida como gripe estomacal. Pero realmente es la inflamación del aparato digestivo en intestinos, estómago por virus, bacterias, alimentos que pueden ser transmitidos por agua, alimento o contacto con otras personas. Los síntomas más comunes son fiebre, diarrea, vómitos, distensión abdominal, etc. entre otros. Puede durar desde horas a días dependiendo de la gravedad de la inflamación o que el paciente tenga alguna patología, la cual pueda complicar la gastroenteritis.

En ocasiones el paciente evita ir al centro médico, pues se puede resolver en su domicilio con una simple dieta absoluta pero con hidratación. En otras ocasiones el paciente acude ante la gravedad de la sintomatología y deshidratación de este.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es describir que errores más frecuentes se pueden llegar a cometer por el profesional sanitario en el paciente con una gastroenteritis.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 esta revisión bibliográfica se ha querido incluir artículos que informaran sobre los cuidados que debe realizar el TCAE para evitar errores frecuentes durante la estancia hospitalaria de un paciente con gastroenteritis.

- En un primer momento, el TCAE realizará la recepción del paciente que acude a un centro de salud, urgencias del hospital.
- SE realizará una valoración rápida de este para poder acomodar a este durante la estancia hospitalaria. En caso de fiebre y dolor se acostará al paciente para evitar que se produzca un desvanecimiento y con el consiguiente golpe, fractura, etc.
- Tras esta valoración breve y precoz, se colocará un camión a este paciente y se preparará para que el facultativo haga una valoración más exhaustiva.

- Los errores que pueden ser más frecuentes por el profesional sanitario con el paciente que padece una gastroenteritis pueden ser como, por ejemplo, el paciente tendrá sed por la deshidratación de los vómitos o fiebre, en ningún momento se administrara líquidos o alimentos salvo prescripción médica.
- Otro de los errores que pueden cometerse más frecuentemente en este paciente es el de mantener húmedo a este, con la fiebre, realizara una sudoración exhaustiva tras la disminución de esta temperatura, se administrara ropa limpia y seca a este paciente para evitar que la humedad penetre en el cuerpo de este.
- El profesional sanitario debe conocer que en casos graves el paciente puede llegar a desvanecerse, con lo cual un error muy común es colocar al paciente en decúbito supino, ya que puede vomitar y realizar una broncoaspiración. En este caso, el personal sanitario colocará en decúbito lateral izquierdo o posición de seguridad para que al realizar el vómito no vuelva a introducirse en el paciente.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha podido ver es importante conocer la sintomatología básica de la gastroenteritis para poder evitar errores básicos. En el caso del profesional sanitario deberá evitar errores como los que se han indicado en nuestros resultados, como administrar líquidos o sólidos al paciente, esto complicará la situación del paciente y se alargará la estancia hospitalaria. Se ha elegido este tema, ya que algo que en la actualidad afecta a niños, adultos y tampoco es un tema muy complicado para resolver y así evitar errores en el trato a esta patología. Se ha elegido un lenguaje básico para que cualquier público pueda entender qué errores no cometer ante una gastroenteritis.

6 Bibliografía

1. Grimwood, K; Forbes, DA (2009 Dec). «Acute and persistent diarrhea.». *Pediatric clinics of North America* 56 (6): 1343-61.
2. Fedorowicz, Z; Jagannath, VA, Carter, B (2011 Sep 7). «Antiemetics for reducing vomiting related to acute gastroenteritis in children and adolescents.». *Cochrane database of systematic reviews* (Online) 9 (9).
3. Canavan A, Arant BS (October de 2009). «Diagnosis and management of dehydration in children». *Am Fam Physician* 80 (7): 692-6

Capítulo 246

ATENCIÓN AL PACIENTE EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

MARIA DEL MAR ARIAS SAIZ

LAURA HERRAIZ FERNANDEZ

ZORAIDA HERRAIZ FERNANDEZ

1 Introducción

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), es un espacio específico del hospital, donde se encuentran los pacientes más críticos. Estos pacientes necesitan una serie de cuidados más específicos y una vigilancia las 24 horas del día. La mayoría de ellos precisan soporte respiratorio y deberán estar monitorizados. Estos monitores controlan la frecuencia cardíaca, la saturación, la presión arterial y la frecuencia respiratoria. También se debe controlar la diuresis y la temperatura del paciente, donde posteriormente se deberá reflejar en una hoja de evolución gráfica.

En esta unidad, como en el resto de plantas, encontraremos un carro de parada. Este carro de parada deberá estar en un lugar al alcance de cualquier trabajador del área y deberá estar dotado de todo el material necesario para dicha técnica.

Hay pacientes que necesitan ser intubados, por lo que necesitarán unos cuidados más minuciosos como, ayudar al personal de enfermería a realizar la aspiración de las secreciones y cuidado del tubo cada vez que se le realice el aseo.

En general, habrá que realizar el aseo a todos los pacientes que se encontraran encamados, ya que su estado de salud será delicado. Para realizar el aseo debe-

mos tener especial cuidado, ya que al estar monitorizados llevarán cables y vías puestos.

2 Objetivos

- Conocer la técnica del aseo al paciente encamado.
- Saber que se realiza en la UCI.
- Conocer las necesidades de cada paciente.

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 como Pubmed, medilline y Scielo y seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El aseo en el paciente encamado, es una técnica muy importante, ya que se elimina la suciedad, olores, sudor y se estimulará la circulación. También podremos ayudar a reducir la temperatura corporal en caso de que hubiera fiebre. Se le aportará el mayor confort posible para su bienestar.

Para realizar la técnica del aseo al paciente encamado, en primer lugar prepararemos dos palanganas; en una habrá únicamente agua tibia y en la otra añadiremos agua con jabón PH neutro. También habrá que preparar una toalla, un empapador y el pañal si precisa.

Comenzaremos haciendo el lavado de ojos con suero fisiológico y secando con una gasa cada ojo, colocando la cama en posición horizontal. Seguiremos lavando la cara, el cuello y las orejas únicamente con agua. Con la esponja jabonosa lavaremos las manos, los brazos, las axilas, el tórax, el abdomen, las piernas, los pies y por último, con una esponja distinta a la anterior, lavaremos los genitales desde delante hacia atrás. Iremos secando la piel a toquecitos y por zonas. Con la ayuda del celador, voltearemos al paciente para conseguir ponerlo en decúbito lateral, teniendo especial cuidado en las vías de perfusión, los drenajes o sondas que el paciente pudiera llevar. Una vez colocado el decúbito lateral, lavaremos la espalda del paciente y glúteos. Tras lavar la última zona secaremos bien la piel para evitar humedad.

También deberemos limpiar la boca e hidratar las mucosas con vaselina. Una vez realizado todo el aseo, hidrataremos bien la piel del paciente con crema. Por último, realizaremos el cambio de sábanas diariamente mientras que realizamos el aseo. Estas deberán quedar completamente estiradas para evitar arrugas y que con ello se puedan formar úlceras por presión (UPP)

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante el papel de persona auxiliar de enfermería en la unidad de cuidados intensivos, ya que es quien está en contacto directo con el paciente. Deberemos prestar mucha atención a la piel del paciente a la hora de realizar el aseo, ya que es muy importante a la hora de prevenir las úlceras por presión, avisando en cualquier caso si se encontrase cualquier anomalía que no viéramos el día anterior.

Es muy importante conservar la piel y las mucosas en buen estado para facilitar la función protectora. El aseo constituye una de las bases de la prevención de infecciones hospitalarias.

6 Bibliografía

https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/b1_higiene_paciente_cama.pdf

Capítulo 247

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA INFLUENCIA DE LA TECNOLOGÍA EN EL TRABAJO

MARÍA LEONOR LARA BARBERO

MARÍA ESTRELLA SÁNCHEZ OLIVA

JULIANA ALMARCHA REINOSO

MARIA TERESA AGUADO TABERNÉ

SONIA URDA GARCÍA

1 Introducción

El TCAE (Técnico en cuidados auxiliares de enfermería) es un profesional de la salud que trabaja en hospitales, clínicas y otros entornos de atención médica para proporcionar cuidados básicos a los pacientes bajo la supervisión de enfermeros y médicos. El uso de nuevas tecnologías en el trabajo de un TCAE puede mejorar la eficiencia y la calidad de la atención que brindan.

La influencia de la tecnología en el trabajo de un TCAE en el campo de la atención médica es significativa y ha cambiado drásticamente la forma en la que se brindan los cuidados y se gestionan los procesos de atención al paciente. Algunas formas en las que ha influido la tecnología en el trabajo de los TCAE son:

registros electrónicos de salud, la comunicación electrónica entre los miembros del equipo de atención médica, monitoreo de los signos vitales, administración de medicamentos, telemedicina para participar en consultas médicas remotas, formación y educación, la gestión del inventario basadas en la tecnología para asegurarse de que los suministros médicos estén disponibles cuando se necesiten y evitar el agotamiento de existencias, robótica y automatización y la seguridad del paciente mediante la identificación de pacientes, la verificación de los medicamentos y la prevención de los errores médicos.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es conocer como influye la tecnología en el trabajo de los TCAE dentro del medio hospitalario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las nuevas tecnologías influyen en el trabajo del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería son:

1. Registros electrónicos de pacientes: Los TCAE pueden utilizar sistemas de registro electrónico de pacientes para mantener un registro preciso y actualizado de la información de los pacientes. Esto incluye la documentación de signos vitales, medicamentos administrados, procedimientos realizados y observaciones clínicas.
2. Comunicación electrónica: Las tecnologías de comunicación, como el correo electrónico y las aplicaciones de mensajería instantánea, permiten una comunicación eficiente entre los miembros del equipo de atención médica. Los TCAE pueden utilizar estas herramientas para coordinar la atención, compartir información importante y comunicarse con enfermeros y médicos.

3. Aplicaciones móviles de salud: Existen numerosas aplicaciones móviles diseñadas para profesionales de la salud que pueden ser útiles para los TCAE. Estas aplicaciones pueden incluir guías clínicas, calculadoras médicas, recordatorios de medicamentos y acceso a información médica actualizada.
4. Dispositivos médicos avanzados: Los TCAE pueden utilizar dispositivos médicos avanzados, como monitores de signos vitales automáticos y bombas de infusión controladas electrónicamente, para llevar a cabo tareas clínicas de manera más precisa y eficiente.
5. Telemedicina: La telemedicina permite a los TCAE y otros profesionales de la salud realizar consultas y seguimientos de pacientes de forma remota a través de videoconferencias y otras herramientas en línea. Esto es especialmente útil para atender a pacientes que no pueden desplazarse físicamente al hospital o la clínica.
6. Educación en línea y capacitación: Los TCAE pueden aprovechar las plataformas de educación en línea y capacitación para mantenerse actualizados con las últimas prácticas y avances en el campo de la atención médica.
7. Sistemas de administración de inventario: Para gestionar el inventario de suministros médicos, los TCAE pueden utilizar sistemas de seguimiento de inventario basados en tecnología para garantizar que siempre haya suficientes suministros disponibles cuando sean necesarios.

5 Discusión-Conclusión

Es importante destacar que el uso de nuevas tecnologías en el trabajo de un TCAE debe estar en línea con las políticas y procedimientos del lugar de trabajo, así como con las regulaciones de privacidad de datos y seguridad de la salud. Además, es esencial recibir capacitación adecuada en el uso de estas tecnologías para garantizar un uso efectivo y seguro en la atención al paciente.

Aunque la tecnología ofrece muchas ventajas en la atención médica, también presenta desafíos, como la necesidad de proteger la privacidad del paciente y garantizar la seguridad de los datos médicos; por lo tanto, los TCAE tienen que recibir una capacitación adecuada y estar al tanto de las regulaciones y políticas relacionadas con la tecnología.

6 Bibliografía

1. Morales A, a Isabel M. Nuevas Tecnologías y nuevos retos para el profesional de enfermería. Index Enferm [Internet]. 2016 [cited 2023 Oct 6];25(1-2):38-41.

Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000100009.

2. de Enfermería Ocronos RM y. Las TIC y el trabajo de Enfermería [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2018 [cited 2023 Oct 6]. Available from: <https://revistamedica.com/tic-enfermeria-nuevas-tecnologias/>.

3. Marrujo Pérez KJ, Palacios Ceña D. Efectos de la tecnología en los cuidados de enfermería. *Cult Cuid Rev Enferm Humanid* [Internet]. 2016 [cited 2023 Oct 6];(46):127–33. Available from: <https://culturacuidados.ua.es/article/view/2016-n46-efectos-de-la-tecnologia-en-los-cuidados-de-enfermeria>.

4. Ocronos R. Efectos sobre la salud por el uso abusivo de la tecnología [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2022 [cited 2023 Oct 6]. Available from: <https://revistamedica.com/efectos-salud-uso-abusivo-tecnologia/>.

5. (dd:4) D es. Enfermeras, premiadas por un trabajo sobre el impacto de las nuevas tecnologías en el descanso de [Internet]. *Enfermería21*. 2021 [cited 2023 Oct 6]. Available from: <https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/enfermeras-premiadas-por-un-trabajo-sobre-el-impacto-de-las-nuevas-tecnologias-en-el-descanso-de-adolescentes/>.

6. OCEinfo. Siete avances tecnológicos mejorarán la atención de enfermería - Organización Colegial de Enfermería [Internet]. *Org.co*. [cited 2023 Oct 6]. Available from: <https://www.oceinfo.org.co/organizacion-colegial-de-enfermeria/vision/23-eventos/dia-internacional-de-la-enfermeria/109-siete-avances-tecnologicos-mejoraran-la-atencion-de-enfermeria>.

Capítulo 248

EFECTOS DE LA INTERACCIÓN CON LOS PACIENTES EN EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

MARÍA LEONOR LARA BARBERO

MARÍA ESTRELLA SÁNCHEZ OLIVA

JULIANA ALMARCHA REINOSO

MARIA TERESA AGUADO TABERNÉ

SONIA URDA GARCÍA

1 Introducción

La interacción de un TCAE (Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería) con los pacientes es fundamental en la atención médica, y tiene una serie de efectos tanto en el bienestar de los pacientes como en la satisfacción laboral de los propios TCAE.

La interacción entre los TCAE y los pacientes es un componente esencial de la atención sanitaria de calidad. Se va a considerar tanto el bienestar de los pacientes como la satisfacción laboral de estos profesionales de la salud. Se van a explorar los aspectos emocionales, la comunicación efectiva, la satisfacción del paciente

y la colaboración en el equipo de atención médica como variables clave en este análisis.

Los TCAE son miembros fundamentales del equipo de atención médica que trabajan en estrecha colaboración con enfermeros, médicos y otros profesionales de la salud para brindar cuidados a los pacientes. La interacción con los pacientes es un componente central de su trabajo y tiene un impacto significativo tanto en el bienestar de los pacientes como en el trabajador. Algunos efectos son: apoyo emocional y comodidad del paciente, seguridad y confianza con el paciente. Todo esto va a tener una serie de consecuencias positivas para el paciente mejorando la calidad de los servicios que se le ofrece.

2 Objetivos

Este capítulo tiene como objetivo analizar los efectos que tiene la interacción con los pacientes en el trabajo de los TCAE.

3 Metodología

Se ha revisado la literatura científica relevante y se van a presentar estudios y evidencias que van a respaldar los efectos positivos de una interacción adecuada con los pacientes en la atención médica. Buscando como palabras clave "el TCAE y la interacción con los pacientes".

4 Resultados

Efectos en el Bienestar del Paciente:

1. Apoyo emocional y comodidad del paciente: Los TCAE desempeñan un papel esencial en el apoyo emocional de los pacientes. La empatía y la atención personalizada pueden aliviar el estrés y la ansiedad de los pacientes, lo que puede ser crucial para su recuperación. La presencia y el apoyo de un TCAE pueden crear un ambiente de comodidad y seguridad en el paciente. El simple hecho de escuchar y mostrar comprensión puede tener un impacto positivo a la salud mental de los pacientes.
2. Seguridad y confianza del paciente: Una interacción positiva y una comunicación efectiva con los pacientes contribuyen a que estos se sientan seguros y confiados en su atención médica. Los pacientes que confían en su equipo de

atención médica son más propensos a seguir las indicaciones y tratamientos recomendados, lo que puede mejorar los resultados de salud. Esto puede llevar a una recuperación más rápida y a una percepción positiva de su atención médica.

Los efectos que tiene en la satisfacción del paciente: La calidad de la interacción con los pacientes también influye en la satisfacción general de los pacientes con su atención médica. Los pacientes que sienten que han recibido una atención personalizada y respetuosa tienden a estar más satisfechos con su experiencia en el hospital o en la clínica.

Los efectos que tiene en la satisfacción laboral de los TCAE: La interacción con los pacientes puede tener un impacto positivo en la satisfacción laboral de los TCAE. La sensación de estar haciendo una diferencia en la vida de los pacientes y la conexión emocional con ellos pueden ser altamente gratificantes para estos profesionales de la salud.

Una comunicación clara y efectiva es esencial para asegurar que se comprendan las necesidades y las preocupaciones del paciente y para garantizar que el equipo de atención esté informado adecuadamente.

5 Discusión-Conclusión

La interacción con los pacientes en el trabajo de los TCAE tiene efectos significativos en el bienestar de los pacientes, la satisfacción del paciente y la satisfacción laboral de los propios TCAE. Los aspectos emocionales, la comunicación efectiva, la confianza del paciente y la colaboración en el equipo de atención médica son factores clave que deben ser considerados en la atención centrada en el paciente. Es fundamental que los TCAE reciban una formación adecuada en habilidades de comunicación y empatía para maximizar los efectos positivos de su interacción con los pacientes. La atención médica de calidad no solo depende de procedimientos técnicos, sino también de relaciones humanas sólidas y cuidados centrados en el paciente.

6 Bibliografía

1. de Enfermería Ocronos RM y. La relación del TCAE con el paciente [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2020 [cited 2023 Oct 6]. Available from: <https://revistamedica.com/relacion-tcae-paciente/>
2. Ocronos R. Figura del TCAE ante un ingreso hospitalario [Internet]. Ocronos

- Editorial Científico-Técnica. 2021 [cited 2023 Oct 6]. Available from: <https://revistamedica.com/tcae-ingreso-hospitalario/>
- 3. La empatía del TCAE con el paciente hospitalizado [Internet]. III Congreso Virtual SICEPA - USIPA “2023: Sanidad, un trabajo en equipo.” 2021 [cited 2023 Oct 6]. Available from: <https://congresosicepa.com/empatia-tcae-paciente/>
- 4. Org.co. [cited 2023 Oct 6]. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v24n1/v24n1a10.pdf>
- 5. ¿Qué es un TCAE y cuáles son sus funciones principales? [Internet]. Escuela Origen. Escuela Origen International Education; 2021 [cited 2023 Oct 6]. Available from: <https://escuelaorigen.com/que-es-un-tcae-y-cuales-son-sus-funciones-principales/>

Capítulo 249

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE EL ESTUDIO DE UN PACIENTE HOSPITALIZADO QUE HA SUFRIDO UNA LESION MEDULAR. REVISION BIBLIOGRÁFICA

GEMA SERRANO DÍAZ-CARRASCO

MARÍA TERESA VIGARA SÁNCHEZ

1 Introducción

Para comenzar esta revisión bibliográfica, es importante hacer un resumen sobre la figura del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería, ya que este capítulo va enfocado en su actuación y por ello es necesario conocer en primer lugar quién es el personal TCAE y que funciones ejerce de forma genérica. Más adelante entraremos en más profundidad.

Por lo tanto, se puede decir que el personal TCAE es un profesional que pertenece al ámbito sanitario y que ha finalizado los estudios del Grado medio de auxiliar de enfermería.

Sobre las funciones que desempeña el personal TCAE, de forma genérica podemos decir que este personal se va a encargar de hacer los cuidados a los pacientes en todo aquello referente a la alimentación, aseo y movilidad.

También se puede decir que el personal TCAE se puede especializar en ramas muy concretas dentro del ámbito sanitario y así poder lograr un éxito laboral mucho mejor. Algunas de estas ramas pueden ser la enfermería en el trabajo, geriatría o salud mental.

En este capítulo, hablaremos sobre el personal TCAE ante el estudio de un paciente hospitalizado que ha sufrido una lesión medular.

Podemos definir las Lesiones Medulares, como todo cualquier padecimiento patológico, como puede ser una contusión, conmoción, comprensión, laceración o sección), por diversos orígenes, las cuales pueden ser traumáticas y no traumáticas, que va a afectar a la médula espinal, y puede derivar en alteraciones de las funciones neurológicas por debajo de la lesión en cuanto a motoras, sensitivas y autonómicas.

2 Objetivos

El objetivo principal de esta revisión bibliográfica consiste en analizar el estudio del profesional TCAE ante un paciente con lesión medular.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

En base a los estudios e investigaciones realizados en este trabajo las lesiones medulares en el campo neurológico, estas son de gran relevancia, ya que son las causantes de grandes procesos de discapacidad. Su procedencia puede estar muy cerca y ser una de las mayores estimaciones a nivel mundial debido a las condiciones de hoy en día de la sociedad y también en lo que concierne a los accidentes en carretera de tráfico.

El acrecentamiento de la esperanza de vida de estos afectados es muy bueno, debido a los grandes avances científico-técnicos e investigaciones en cuanto a la

atención, prevención y actuación de las complicaciones que se puedan dar, aquí se verá la inminente necesidad de dotar de servicios de rehabilitación adecuados que incluyan la gran mayoría de aspectos funcionales y deriven en la entrada adaptada, al entorno y vida del paciente.

Para este objetivo es necesario un completo abordaje de la situación, que en el campo de la valoración debe verse no sólo la evaluación de las condiciones de salud del afectado, se deberá estudiar también las actividades de las personas en su vida diaria.

Cuando hablamos de grados de afectación en las lesiones medulares se les nombra de acuerdo con el último nivel en el estado que no estaba afectado, es decir, aquella forma en la que tenía todas las funciones neurológicas en cuanto a autonomía, sensitivas y motoras. Partiendo de ahí, se van a clasificar en arreglo a la funcionalidad clínica del paciente como cervicales (C1 a C8), torácicas altas (T1 a T6), lumbosacras (L1 a S1), torácicas bajas (T7 a T12), y las del cono medular (sacro coccígeas). Cuanto más alta sea la lesión mayor será el compromiso funcional del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Basándonos en los estudios en nuestra opinión cabe destacar y se demuestra la influencia de que la edad en la que ocurre la lesión medular, el sexo del afectado, la presencia de complicaciones, el tiempo de la evolución y la severidad y grado o nivel de la lesión, entre otros, estas circunstancias van a condicionar la situación de discapacidad y la de funcionalidad de las personas con lo cual, son aspectos a valorar y tener en cuenta al planear tanto la evaluación como la actuación en estos pacientes.

En conclusión, debemos conocer la importancia que tiene en nuestro trabajo como TCAE el adquirir empatía y ofrecer nuestro apoyo emocional a nuestros pacientes y sus familias, puesto que están pasando por malos momentos, de nervios, tensión e incertidumbre.

6 Bibliografía

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

Capítulo 250

LEUCOMALACIA PERIVENTRICULAR DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

RAQUEL REQUEJO ANTON

1 Introducción

La leucomalacia periventricular (LPV) es una lesión cerebral que normalmente afecta a prematuros, aunque no siempre es así, y en algunos casos, bebés a término y sin aparentes complicaciones en el embarazo, también tienen esa lesión. Esta afección provoca la muerte o el daño del tejido cerebral, la sustancia blanca, que está en la parte interna del cerebro, y que está alrededor de los ventrículos cerebrales.

No se conocen realmente los motivos que lo provocan, ni tampoco en el momento exacto en el que sucede, puede ser durante el embarazo, el parto, o incluso en los primeros días de vida.

Una de las principales causas, es el cambio del flujo sanguíneo antes de la semana 32.

Otro motivo, son las infecciones que puedan darse durante el proceso del parto, ya sean de la madre o del propio bebé.

Otra de las posibles causas externas, surge también en momento del parto; Una vez el bebé tiene una pérdida de oxígeno, en muchos casos, por una vuelta de cordón umbilical, por la administración de la oxitocina, en la que el bebé no le llega el suficiente oxígeno durante un periodo mas o menos largo.

Ésta es una de las principales causas de la parálisis cerebral.

2 Objetivos

Estudiar como se puede mejorar la calidad de vida de los pacientes con esta afección, pudiendo valorar las posibles terapias sin largas listas de espera.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos:

Medlineplus; Stanfordchildrens; Umihealth; Irena

Solo se han aceptado aquellos artículos que estuviesen desarrollados a texto completo, incluyéndose artículos de un instituto de rehabilitación neurológica, en el que trabajan arduamente con esta afección.

4 Resultados

La realidad es que no hay una cura para la Leucomalacia periventricular, no existen fármacos ni tampoco intervenciones quirúrgicas, que puedan revertir el daño sufrido en la zona afectada.

Se realizan evaluaciones de desarrollo, en las revisiones pediátricas, si hay una sospecha de leucomalacia periventricular.

A día de hoy, los únicos tratamientos que existen para paliar la enfermedad son diferentes terapias físicas del habla.

Existen las terapias de neurorrehabilitación, para los casos mas graves asociados a esta afección, como puede ser la parálisis cerebral, en esta terapia, se emplean máquinas especiales, dependiendo del grado de lesión,

Están las terapias de rehabilitación, en las que fomentan el desarrollo de la parte afectada, ya sea en la parte superior, en la inferior o de ambas partes, utilizando en muchos casos, terapias manuales, haciéndoles diferentes tipos de masajes, para estimular las diferentes partes a tratar; dando así, una pequeña elasticidad, en el que poco a poco, ellos mismos, tienden a aumentar los movimientos y así, ir recuperando una parte de la movilidad, que antes no conseguían alcanzar.

También se utilizan diferentes juguetes sensoriales como herramientas, para estimular al niño, y así poder avanzar en las diferentes terapias y hacerlas más amenas.

Utilizando el juego, como principal estímulo, se consigue, establecer un vínculo terapéutico-personal, en el que el niño, avanza en la terapia, sin ver está como un proceso traumático, si no como una parte del juego, en el que poco a poco, el mismo ve sus propios avances.

También se pueden llegar a realizar, si el menor lo necesita, terapias del habla, según van creciendo.

En estas terapias, se realizan diferentes ejercicios, según la edad y el problema a tratar.

Fundamentalmente, si se inicia en una edad muy temprana, el terapeuta, interactúa jugando con el niño.

Más adelante, se realizan ejercicios de pronunciación de sonidos y sílabas.

5 Discusión-Conclusión

Conclusión: En la mayoría de los estudios, se ha demostrado que el tratamiento rehabilitador, ayuda en gran medida al buen desarrollo del menor, llegando incluso a tener una vida completamente normal cuando la lesión es leve, y teniendo una vida lo más autónoma posible en los casos más graves.

Cabe destacar, que un diagnóstico precoz, ayuda a disminuir la limitación física, llegando incluso, en los casos más leves, a ser inapreciable. Sobre todo, cuando en el caso de un menor, se empieza una rehabilitación de fisioterapia, incluso antes del primer año de vida.

Cuando la lesión es más grave, una actuación a tiempo, puede reducir las secuelas físicas a grandes niveles.

6 Bibliografía

<http://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007232.htm>

[http://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=](http://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=leucomalaciaperiventricularpul-90-po5729)

[leucomalaciaperiventricularpul-90-po5729](http://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=leucomalaciaperiventricularpul-90-po5729)

[http://umiamihealth.org/es/tratamientos-y-servicios/pediatric-neonatology-\(pediatrics\)/periventricular-leukomalacia-\(pvl\)](http://umiamihealth.org/es/tratamientos-y-servicios/pediatric-neonatology-(pediatrics)/periventricular-leukomalacia-(pvl))

<http://irenea.es/blog-dano-cerebral/lesion-neurologica-infantil>

Capítulo 251

ALZHEIMER Y LOS CUIDADOS DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA

SILVIA COSTALES PARRONDO

1 Introducción

La enfermedad de Alzheimer es un trastorno cerebral que destruye lentamente la memoria y la capacidad de pensar y, con el tiempo, la habilidad de llevar a cabo hasta las tareas más sencillas. Las personas con Alzheimer también experimentan cambios en la conducta y la personalidad.

Los síntomas de Alzheimer (cambios en la forma de pensar, recordar, razonar y comportarse) se conocen como demencia. Por esta razón, algunas veces se hace referencia a la enfermedad de Alzheimer simplemente como “demencia”. Otras enfermedades y afecciones también pueden ocasionar demencia, pero la enfermedad de Alzheimer es su causa más frecuente en las personas mayores.

La enfermedad de Alzheimer no es una parte normal del envejecimiento, sino que es el resultado de cambios complejos en el cerebro que empiezan años antes de que aparezcan los síntomas y que originan la pérdida de neuronas y sus conexiones.

A medida que avance la enfermedad, el enfermo necesitará de una ayuda y un cuidado profesional que reduzca su impacto y vele por su calidad de vida. Por lo que hay muchas personas que resultan afectadas por el Alzheimer, además del enfermo, también afecta a los familiares, amigos y cuidadores. Este nuevo periodo en la vida de la persona mayor con Alzheimer significará un deterioro progresivo en sus capacidades funcionales y cognitivas, en su estado de ánimo, en su movilidad y agilidad física o en sus capacidades sociales, entre otros, que afectarán a su día a día.

2 Objetivos

Describir la enfermedad, sintomatología y tratamiento. Y después identificar y desarrollar las necesidades no solo de pacientes, sino de familiares y cuidadores.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo se han consultado numerosos artículos científicos sobre el Alzheimer. Primero nos informamos sobre los síntomas y etapas de la enfermedad para luego elaborar un programa de cuidados y actuación. Actualmente, existen en España alrededor de 600.000 personas con esta enfermedad y, debido al envejecimiento progresivo de la población, se estima que en 2050 se podría llegar al millón de casos de afectados en nuestro país.

Actualmente, sabemos que las alteraciones cerebrales propias de la enfermedad de Alzheimer comienzan años antes de que aparezcan los primeros síntomas.

Por ello, se pueden distinguir tres fases: una fase preclínica, en la que, aunque existan quejas cognitivas subjetivas, el rendimiento neuropsicológico en las pruebas es normal; una fase prodrómica, en la que los pacientes presentan síntomas cognitivos y fallos objetivables en la exploración sin repercusión sobre las actividades de la vida diaria; y una fase de demencia, en la que el deterioro cognitivo ya afecta a la funcionalidad del paciente.

Fase preclínica

La fase preclínica de la enfermedad de Alzheimer tiene mucho interés desde el punto de vista de investigación, de cara a establecer grupos de riesgo que pudieran ser subsidiarios de tratamientos precoces con potencial efecto modificador de la enfermedad en el momento que se disponga de los mismos.

Dentro de esta fase existe un subgrupo de sujetos que observan un empeoramiento en su propio rendimiento cognitivo con respecto a etapas previas de la vida, pero en los que los instrumentos de valoración cognitiva no muestran deterioro. Estas personas reciben el diagnóstico de deterioro cognitivo subjetivo.

No obstante, las quejas cognitivas (sobre todo de memoria) son muy frecuentes en la población general y, por supuesto, no siempre indican un inicio de enfermedad de Alzheimer; también se pueden asociar al envejecimiento normal, a trastornos psiquiátricos como la ansiedad o la depresión, a enfermedades neurológicas no degenerativas como la patología cerebrovascular o el traumatismo cerebral, o a enfermedades sistémicas.

Fase prodrómica

La fase prodrómica de la enfermedad de Alzheimer se caracteriza por la aparición de síntomas cognitivos, predominantemente problemas de memoria para recordar hechos recientes, que son objetivos y medibles en los test neuropsicológicos pero que no ocasionan repercusión sobre las actividades de la vida diaria. Esta situación se denomina deterioro cognitivo leve.

Sabemos que algunos pacientes con deterioro cognitivo leve desarrollarán en un futuro una enfermedad de Alzheimer. Sin embargo, no siempre es así. Hay personas que desarrollarán otras demencias, otras que no progresarán o que incluso revertirán a la normalidad. Por tanto, es importante identificar a aquellos pacientes con un riesgo elevado de progresión, para lo que disponemos de biomarcadores de imagen y biomarcadores analíticos en líquido cefalorraquídeo.

Fase de demencia

La fase de demencia de la enfermedad de Alzheimer implica que se ha producido un deterioro cognitivo progresivo que llega a repercutir en las actividades de la vida diaria y la autonomía de la persona.

La mayoría de los pacientes con demencia por enfermedad de Alzheimer (70%) presentan una forma típica de presentación, que consiste en una afectación inicial y predominante de la memoria para hechos recientes. Los pacientes se muestran repetitivos, olvidan detalles de conversaciones, pierden objetos de uso común y olvidan citas.

Esta afectación de la memoria suele asociar también problemas de orientación en tiempo (p.ej. no recuerdan la fecha). A menudo, los pacientes no son muy conscientes de sus fallos. También suele ser frecuente en etapas iniciales, la dificultad para evocar el nombre de objetos. Con el avance de la enfermedad se produce un mayor empobrecimiento del lenguaje, errores al vestirse o dificultad para reconocer objetos o a sus familiares.

4 Resultados

La enfermería es clave a la hora de tratar pacientes con Alzheimer debido a las implicaciones en la vida cotidiana que esta enfermedad genera. A medida que la enfermedad progresa y se agrava, el vínculo de dependencia del paciente crece. Alteración de los procesos mentales relacionados con pérdida de memoria, confusión y desorientación asociada a la demencia

Objetivos de Enfermería: Ayudar al cuidador/a a controlar el comportamiento del paciente provocado por un deterioro mental , y a adoptar medidas que compensen la demencia.

Intervenciones de Enfermería:

Proporcionar al paciente un ambiente coherente y rutinario , para ayudar a funcionar con sus limitadas capacidades.

Evitar reorientar al paciente más de una vez en cada encuentro con él , para evitar la frustración que le puede producir el hecho de no poder recordar.

Permitir al paciente comportamientos habituales , como la acaparamiento de objetos y vagabundeo siempre que se realicen en un ambiente seguro.

Valorar al paciente en busca de signos y síntomas de depresión.

Para evitar la agitación e intranquilidad del paciente debemos de mantener el ambiente estructurado , coherente y establecer una rutina fácil de seguir para el paciente : podemos realizar un álbum de fotos para recordar el pasado , fomento de la actividad física y la terapia artística.

Colocar etiquetas con el nombre de los objetos y habitaciones , para ayudar a recordar su nombre y su función.

Proporcionar pistas sobre la identidad de los objetos y las tareas .

Colocar un reloj y un calendario grande en su cuarto y marcar con una “X” los días pasados , para ayudarle a recordar la fecha correcta.

Realizar una lista con las actividades diarias.

Deterioro de la comunicación verbal relacionado con un deterioro del estado cognoscitivo

Objetivos de Enfermería: Establecer una comunicación verbal y no verbal lo más eficaz posible y comprender sus necesidades a medida que aumenta su demencia y el deterioro de las técnicas verbales.

Intervenciones de Enfermería:

Dirigirse al paciente de forma abierta , amistosa y relajada.

Hablar con el paciente en tono de voz claro y bajo.

Identificarse siempre y mirar directamente al paciente.

Proporcionar un ambiente relajado y alentador, evitar ruidos y distracciones.

Valorar la conducta no verbal, la expresión facial, el lenguaje corporal, postura, gestos, etc.

Explíquele las actividades empleando para ello frases cortas. Cuando dé instrucciones asegurarse en fraccionar las tareas en unidades reducidas y comprensibles. Use gestos simples, señale los objetos o use la demostración si es posible.

Asegurarse de contar con su atención.

Escuchar al paciente e incluirlo en la conversación.

Identificar las conductas agendas , es decir la realización de una determinada conducta para pedir algo, anotarlas con su significado para comprender mejor al paciente.

Estimular al paciente a describir historias o situaciones pasadas.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidadores profesionales conocen bien las dificultades que suponen los cuidados de los pacientes con demencia y por ello pueden ayudar a que las familias aprendan a cuidar, conozcan los aspectos más importantes en el mantenimiento de la salud y no caigan en situaciones frecuentes de sobreprotección y agotamiento.

El cuidador debe:

- Descansar el tiempo suficiente.
- Aprender a pedir ayuda a otras personas.
- Dejar que el paciente mantenga todas las actividades que puede hacer por sí mismo.
- Solicitar ayuda a los miembros de la familia.
- Solicitar ayudas sociales o externas.
- Intentar tener espacios de descanso.
- Cuidar de su salud.
- Aprender a dejar al paciente y no creer que el único que lo cuida bien es él.
- Intentar tener vacaciones por lo menos una vez al año.
- No aislarse de sus relaciones sociales habituales.
- Acudir a las asociaciones o grupos de ayuda mutua.

Y no caer en pensamientos pesimistas como: esto me ha tocado a mí y debo pasarlo sola/lo, o esto no tiene ninguna solución hay que resignarse.

6 Bibliografía

1. Los cuidados básicos del TCAE al enfermo de Alzheimer. (Internet). Disponible en: <https://revistamedica.com/cuidados-basicos-tcae-alzheimer/>
2. Alzheimer, papel del TCAE. (Internet). Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/alzheimer-papel-de-la-tcae/?utm_content=cmp-true

3. Cuidados de un paciente con enfermedad de Alzheimer. (Internet). Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/cuidados-casa/cuidados-alzheimer>
4. Cuidados a personas con Alzheimer según la fase o etapa de la enfermedad. (Internet). Disponible en: <https://stimamayores.es/cuidados-mayores-alzheimer>

Capítulo 252

LA NUTRICIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

SILVIA COSTALES PARRONDO

1 Introducción

El cáncer es la segunda causa de muerte en nuestro medio. Existe una relación directa entre la situación nutricional y las expectativas de supervivencia en los pacientes oncológicos. Un elevado porcentaje de los pacientes presentan en el momento del diagnóstico, síntomas y signos de desnutrición. La malnutrición del paciente oncológico se presenta frecuentemente justificada por la presencia del tumor o por el mismo tratamiento que se le administra (cirugía, radioterapia o quimioterapia), teniendo como consecuencia una disminución de su ingesta habitual, bien por disfagia o por la secreción de sustancia anorexígenas.

Está demostrado que la malnutrición disminuye la calidad de vida de estos pacientes especialmente por la pérdida de masa muscular, astenia y por su influencia negativa sobre el aspecto psíquico. Todo esto implica una mayor necesidad de asistencia sanitaria, siendo en muchas ocasiones el estado nutricional del paciente más importante para la calidad de vida y supervivencia que el propio estadio del tumor o tratamiento que se le administra.

La nutrición oncológica se realiza para asegurar que el paciente con cáncer recibe los nutrientes y vitaminas necesarios para que su cuerpo funcione correctamente durante el tratamiento y post-tratamiento.

La valoración nutricional es esencial, ya que en estos pacientes la malnutrición es muy frecuente. La dieta debe ser siempre individualizada, teniendo en cuenta las necesidades y preferencias del enfermo.

2 Objetivos

Exponer cómo realizar una historia clínica y dietética, haciendo especial mención en el tratamiento médico, las intervenciones quirúrgicas y el tratamiento radioterápico/quimioterápico.

3 Metodología

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

4 Resultados

Existen muchos métodos de valoración del estado nutricional pero actualmente, al hablar de métodos de valoración nutricional para enfermos con cáncer, debe mencionarse la valoración global subjetiva. Es la prueba de valoración más simple del estado de nutrición validada.

La historia clínica incluye cambios en el peso y en los hábitos dietéticos, alteraciones en la ingesta, alergias e intolerancias a comidas, fármacos que pueden afectar al apetito, síntomas gastrointestinales persistentes durante dos semanas, función gastrointestinal, cambios en la capacidad funcional, entre ellos limitaciones recientes, y afecciones médicas previas.

El examen físico tiene como objetivo principal detectar signos y síntomas de déficit o toxicidades de nutrientes. Se utiliza un sistema de técnicas de inspección, palpación, percusión y auscultación. Incluye desde la valoración de la masa grasa subcutánea y la masa muscular, hasta la inspección y la palpación para detectar la existencia de edemas y ascitis, como manifestación de la disminución de las proteínas viscerales y de la función hepática; pasando por la inspección y la evaluación de signos y síntomas de déficit de vitaminas y minerales y la recogida de la medicación que reciben y que pueden comportar interacciones con los nutrientes o el incremento de los requerimientos energéticos, o bien provocar efectos secundarios tipo náuseas, vómitos, diarreas o estreñimiento. Entre todos los datos recogidos, los parámetros más relevantes en el resultado final son la pérdida de peso, la ingesta dietética y la pérdida de músculo o tejido subcutáneo.

La caquexia tumoral se define como un estado morboso caracterizado por anorexia, astenia y adelgazamiento con pérdida progresiva de los tejidos corporales e incapacidad para mantener los mecanismos metabólicos y homeostáticos normales, lo que conduce a una insuficiencia progresiva de las funciones vitales. Las principales y más frecuentes causas de su aparición son:

- Anorexia

Suele ser considerado como el problema causal, de origen multifactorial, que dificulta el soporte nutricional por vía oral. Los pacientes sufren una progresiva disminución de la ingestión, con escasa respuesta ante las necesidades energéticas y proteicas.

- Alteraciones metabólicas

El gasto energético basal (corregido según el grado de desnutrición) se encuentra aumentado, especialmente en los tumores diseminados, debido al consumo tumoral de nutrientes.

Mediadores tumorales

Contribuyen a la aparición o empeoramiento de la malnutrición característica. Suelen ser de dos tipos:

Propios del género del tumor

Tanto en los pacientes caquéticos como en los no caquéticos existe una intolerancia a la sobrecarga hidrocarbonada. Además, hay producción de factores metabólicamente activos que condicionan los llamados síndromes paraneoplásicos: ACTH (corticotropina), CRH (corticoliberina), HCG (gonadotropina coriónica humana), lactógeno placentario y eritropoyetina.

Propios de la respuesta del huésped

Se cree que algunos de estos factores tienen un efecto sobre la función hipotalámica que produce anorexia y/o sensación de saciedad precoz. También, diversos metabolitos tumorales pueden ser responsables de las alteraciones en el gusto y el olfato.

- Causas psicológicas

Diversos factores de estrés asociados al cáncer pueden contribuir a la desnutrición, como por ejemplo:

- Depresión asociada. En estos casos se ha comprobado un aumento de la ingestión tras un tratamiento farmacológico antidepresivo.
- Existencia de dolor.
- Falta de bienestar.

- Ansiedad ante el tratamiento o el pronóstico.

- Ansiedad ante los alimentos. Pueden producirse excesos o deficiencias nutricionales si los pacientes evitan los alimentos que ellos consideran causa de la aparición del tumor o también si consumen grandes cantidades de otros alimentos presuntamente beneficiosos.

- Tratamiento quirúrgico

Por un lado, la desnutrición aumenta la morbilidad y mortalidad perioperatoria. Además, dependiendo de las técnicas empleadas y los sistemas a los que afecten, ciertas funciones orgánicas se verán alteradas. Así, por ejemplo, la cirugía radical utilizada para tumores de cabeza y de cuello puede alterar la vía de ingestión nutricional normal.

- Quimioterapia

Aunque afecta a todos los tejidos, es más activo sobre células en rápida proliferación, como las epiteliales del tubo digestivo. En general, el establecimiento de soporte nutricional durante la quimioterapia estimula el crecimiento tumoral, pero también aumenta el grado de respuesta del tumor al tratamiento, disminuye los efectos secundarios y permite utilizar mayores dosis.

- Radioterapia

En general, la zona irradiada sufre lesiones que afectan a las funciones digestivas. Podemos afirmar que esta desnutrición caloricoproteica tiene repercusiones en el sistema inmunitario, ya que disminuye la producción de células mediadoras, consigue disminuir los valores de complemento, crea disfunción fagocitaria y reduce la respuesta secretora de anticuerpos. Pero el hecho de que nutrientes específicos demuestren una especial capacidad de estímulo inmunitario abre importantes horizontes a la manipulación de dietas con variaciones cualitativas de sustrato. Tal es el caso de la arginina, aminoácido que desempeña un papel esencial en la detoxificación por amoníaco en el ciclo de la urea.

5 Discusión-Conclusión

El soporte nutricional temprano debe mantener el estado nutricional adecuado de manera que no se alteren ni la composición corporal, la respuesta inmunitaria, ni la calidad de vida. Para ello, el paciente debe ser tratado desde los primeros estadios de la enfermedad (si es posible) y valorado adecuadamente en cuanto a su inmersión en los tratamientos posibles. La respuesta a cualquiera de los tratamientos establecidos tiene su mejor y más decisiva ayuda en un adecuado soporte nutricional.

En todos los casos es necesaria la existencia de un equipo nutricional integrado por el médico, el dietista, el enfermero y el farmacéutico, quienes tendrán que evaluar la situación y establecer un plan individualizado adecuado a la situación de cada enfermo. La dieta aconsejada deberá ser siempre individualizada, teniendo en cuenta las necesidades, limitaciones y preferencias del paciente.

Categorías de intervención nutricional

En este subgrupo figuran las siguientes medidas de intervención:

- De soporte

Mediante ellas se pretende mantener el estado nutricional hasta que el paciente reciba el tratamiento definitivo.

- Coadyuvante

Se utiliza como parte de un tratamiento integral (a la vez que un ciclo de quimioterapia, en el postoperatorio o durante el tiempo en el que se produce la radioterapia abdominal).

- Definitiva

Necesaria para la supervivencia a largo plazo y como consecuencia de secuelas como el intestino corto o tras la pancreotectomía.

Modalidades de intervención nutricional

Existen las siguientes opciones:

- Dietas y suplementos orales.

- Fármacos estimuladores del apetito.

- Nutrición artificial. Las dificultades que plantea la anorexia intensa, las localizaciones digestivas, los efectos secundarios del tratamiento, las intervenciones quirúrgicas y complicaciones diversas abocan, en un alto porcentaje de casos, al empleo de la nutrición por vía enteral o parenteral. La vía enteral, cuando es posible, tiene absoluta preferencia. Y es que la nutrición parenteral total tiene un elevado costo, necesita técnicas de rigurosa esterilización y, a largo plazo, produce atrofia o hipoplasia en el enterocito, disminución de enzimas y atrofia de la mucosa intestinal. Cambios todos ellos que implican la pérdida defensiva de la barrera intestinal y el peligro de traslocación bacteriana y sepsis.

- La nutrición enteral mediante sonda o suplementación oral es de bajo costo y fácil monitorización. Además, asegura mejor la conservación de las estructuras y funciones fisiológicas, de manera que se ha demostrado su eficacia tanto en el área inmunológica como metabólica, especialmente en los casos de dietas con aporte de arginina, nucleótidos y modificaciones lipídicas.

6 Bibliografía

1. La nutrición en el tratamiento del cáncer. (Internet). Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/efectos-secundarios/perdida-apetito/nutricion-pdq>
2. Nutrición para la persona con cáncer. (Internet). Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/supervivencia/bienestar-durante-el-tratamiento/nutricion.html>
3. Nutrición y cáncer. (Internet). Disponible en: https://www.kelloggs.es/content/dam/europe/kelloggs_es/images/nutrition/PDF/Manual_Nutricion_Kelloggs_Capitulo_27.pdf
4. Alimentación y cáncer. (Internet). Disponible en: <https://www.cun.es/chequeos-salud/vida-sana/nutricion/alimentacion-cancer>
5. Nutrición oncológica. (Internet). Disponible en: <https://www.samfyc.es/pdf/GdTonco/2013008.pdf>

Capítulo 253

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UTILIZACIÓN DE LOS INHALADORES EN EL ÁMBITO INTRA Y EXTRA HOSPITALARIO

AIDA PUERTAS LAVANDERA

SARA GARCÍA DÍAZ

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que "cientos de millones de personas sufren enfermedades respiratorias cada día" La función principal del sistema respiratorio es intercambiar aire durante la inhalación y la exhalación, y los cambios en este sistema significan períodos pico. . Problemas respiratorios, como la insuficiencia respiratoria (IRA), definida como la incapacidad del sistema respiratorio para continuar suministrando el oxígeno necesario para satisfacer las necesidades del cuerpo, definida como una PaCO_2 superior a 50 mm Hg (hipercapnia) y/o una PaO_2 inferior a 60 mm Hg (hipoxemia). El conocimiento y el uso correcto del sistema respiratorio no son suficientes, no solo para los pacientes, sino también para los trabajadores sanitarios.

Los sistemas respiratorios son el método de administración de medicamentos preferido para tratar las enfermedades más comunes del mundo, como el asma,

que afecta a 300 millones de personas, y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, que afecta a 64 millones de personas en todo el mundo. Se estima que para 2030 se convertirá en la cuarta causa de muerte a nivel mundial. En países como España, ambas enfermedades son el primer motivo de consulta médica y el tercer motivo de hospitalización. Además de los enormes costos económicos y sociales.

El Papiro de Ebers (1554 a.C.) registra el primer uso de aerosoles con fines médicos. Este artículo describe un remedio para la dificultad respiratoria que utiliza vapor extraído de la planta *Hyoscyamus niger*. En 1858, se presentó el primer inhalador "a presión" en la Facultad de Medicina de Francia. En 1864, Newton aprobó un respirador para medicamentos en polvo seco y, finalmente, en el verano de 1955, un prototipo de ventilador mecánico (MDI) inició sus primeros ensayos clínicos, demostrando su eficacia.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la función del TCAE en el uso de inhaladores en ámbito intra y extra hospitalario.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente estudio, se ha llevado a cabo una recolección de datos constituida por materiales electrónicos, estos últimos como Google Académico, PubMed, Medline y Scielo. Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre literatura científica existente, seleccionando artículos de revistas científicas. La información aquí presentada será revisada para su posterior análisis.

4 Resultados

Se requieren medicamentos orales debido a su rápida penetración en el árbol bronquial, su corta duración de acción y sus efectos secundarios. Para lograr buenos resultados médicos en las vías respiratorias, se confía en gran medida en medicamentos instilados en las vías respiratorias inferiores. De esta forma, lo que depende del dispositivo, a su vez, incide en el impacto del paciente.

Los factores que dependen del equipo incluyen los siguientes: el tipo de equipo que genera el aerosol, el tamaño de las partículas producidas y su estabilidad, entre otros factores, con un poco de paciencia es posible encontrar los métodos

correctos e incorrectos. Respire sobre el dispositivo. , la extensión del cáncer y el tamaño de las vías respiratorias.

Parece que muchos pacientes están realizando técnicas de respiración incorrectas, como se observa en las poblaciones estudiadas en diversas evaluaciones, y es importante desarrollar programas de educación sanitaria que eliminen los errores.

Una de las causas del mal uso del aerosol es la falta de correlación entre la inhalación y la inhalación del agente. Esto ha resultado en la necesidad de desarrollar diversas herramientas para facilitar la integración. Este es el caso, por ejemplo, de los baños.

En la literatura comentada, una de las causas de estos errores parece ser la falta de conocimiento por parte del profesional sanitario o, en su defecto, la falta de formación adecuada del usuario en el uso del dispositivo. Aunque está diseñado para ser fácil de operar, requiere comprender la tecnología y ser muy hábil en su uso. Por tanto, lo más importante es el tiempo que tarda el sanitario en recibir o cambiar la información y en que el paciente aprenda a utilizar correctamente el dispositivo.

5 Discusión-Conclusión

La labor del TCAE es clave en la enseñanza del correcto uso de los dispositivos tanto en el ámbito intra como extrahospitalario. Para conseguir esto los profesionales sanitarios deben estar dotados de los conocimientos oportunos para poder enseñar la técnica de la manera más sencilla y que llegue a todos los pacientes. Una adecuada técnica, un correcto uso llevará a una adherencia terapéutica mejor.

El TCAE ha de promover la Educación de salud para favorecer el autocuidado del paciente con tratamiento con inhaladores. De esta manera el paciente será responsable de su tratamiento y del control de la propia enfermedad. Para conseguir la mayor independencia del paciente es necesario una buena relación terapéutica donde se le enseñe al mismo a reconocer signos y síntomas que sea necesario notificar.

6 Bibliografía

1. Suárez A, Antonet G, Hidalgo R, Luis A, Ruiz Caballero D. Edu.pe. [citado el 3 de octubre de 2023]. Disponible en: https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/19341/AyaySu%c3%a1rez_G.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. Oca J, Teresa Ruiz M, Cacicedo R, Gutiérrez I, Amparán M, Pérez E. Evaluación de la utilización de la administración de fármacos mediante la técnica de inhalación. *Enferm Clin [Internet]*. 2004;14(4):187–93. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113086210473884X>
3. Palacios NMM, Mero LLM, Geovanny MVG, Zumba DAD. Insuficiencia respiratoria aguda en pediatría. Anál comport las líneas crédito través corp financ nac su aporte al desarro las PYMES Guayaquil 2011-2015 [Internet]. 2022 [citado el 3 de octubre de 2023];6(2):548–57. Disponible en: <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/1607>
4. Rodríguez M, Celay E, Larrea I, Urdánóz M, Zabalegui A, Ollo B. Técnicas de inhalación en el tratamiento del asma. *An Sist Sanit Navar [Internet]*. 2003 [citado el 3 de octubre de 2023];26:139–46. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272003000400017&script=sci_arttext&tlng=pt
5. Sotomayor L H, Vera A A, Naveas G R, Sotomayor F C. Evaluación de las técnicas y errores en el uso de los inhaladores de dosis medida en el paciente adulto. *Rev Med Chil [Internet]*. 2001 [citado el 3 de octubre de 2023];129(4):413–20. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872001000400010&script=sci_arttext&tlng=en
6. Díaz MÁ, García UV, López AG. Conocimiento del manejo de inhaladores en enfermeros/as de Atención Primaria del Área Sanitaria De Ourense. *Enfermería Comunitaria [Internet]*. 2020 [citado el 3 de octubre de 2023];16:e11754–e11754. Disponible en: <http://ciberindex.com/index.php/ec/article/view/e11754>
7. Usal.es. [citado el 3 de octubre de 2023]. Disponible en: https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/149206/TFG_MonasterioAranaA_AccesibilidadFisioterapia.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Capítulo 254

EL MANEJO DEL CALOSTRO POR UN TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES (UCIN)

MARIA LUISA PARREÑO SÁNCHEZ

ROSA MARÍA GARCÍA HERNÁNDEZ

LAURA SÁNCHEZ ABAD

BERTA CARRASCO MONTEALEGRE

ALBA PEÑARANDA GARCIA

1 Introducción

¿Qué es el calostro?

El calostro es la primera leche que produce una mujer desde la semana 16 a la 20 de embarazo, puede que hayas oído que el calostro es el líquido de oro, y no es por su color amarillento, sino entre otras características que mencionaré después, por ser el primer alimento de un recién nacido lactante.

Otras características:

- Es la mejor nutrición para el recién nacido.
- Estimula las defensas del sistema inmunológico del RN.
- Favorece la maduración intestinal del RN.
- Tiene factores de crecimiento para el RN.
- Ayuda a crear y favorecer una buena flora intestinal.

¿Puede un bebé prematuro tomar calostro?

Sí. Tardará más tiempo que un bebé lactante en aprender a amamantar, pero después del parto las TCAE de UCIN ayudan a la mamá gestante a estimular y extraer este líquido de la forma más adecuada, para que una vez que tengamos unas gotas, el mismo TCAE administrará al bebé en la boca desde las primeras horas de vida. Esto ayudará durante su estancia en la UCIN:

- Tolerar mejor las tomas que pautará el médico y administrará la TCAE.
- Tendrá menos infecciones.
- Ayuda a estar menos tiempo ingresados.

La manera de transportar el calostro desde paritorio, reanimación o la planta de maternidad, a la UCIN será inmediatamente después de la extracción, con el recipiente correctamente etiquetado con los datos de la mamá gestante o del recién nacido y lo transportará el TCAE, la pareja, el acompañante principal o la misma mamá si es posible.

Cuando la mamá gestante se recupera del parto y empieza a acudir a UCIN con su bebé, la TCAE es la encargada de resolver las dudas sobre la extracción y ayudar a la mamá con a iniciar y establecer la Lactancia Materna.

Palabra clave, RN: Recién Nacido.

2 Objetivos

Exponer el papel del TCAE ante el calostro en la UCIN.

3 Metodología

Para hacer esta publicación he realizado una investigación en el propio servicio donde llevo a cabo mi actividad profesional como TCAE. También una búsqueda de artículos de contenido sobre el Calostro y la Lactancia Materna que ya existen, seleccionando textos que han servido de base para el desarrollo de este trabajo.

4 Resultados

Desde el parto ya ayudaremos a la mamá con la extracción de calostro, y le resolveremos dudas sobre este proceso, las cuales iré explicando y resolviendo a continuación.

¿Cuándo empezamos con las extracciones?

Siempre lo antes posible. Lo ideal es empezar en las primeras dos horas tras el parto, ya que empezar de manera temprana favorece la subida de la leche y el éxito de una Lactancia Materna.

¿Qué se necesita para sacar y recoger el calostro?

Todo el material lo preparará, enseñará y entregará la TCAE a la mamá.

- Jeringas estériles orales los primeros días , cuando aumente la cantidad, botes o biberón de cristal.
- Taponas para las jeringas.
- Etiquetas identificativas con el nombre del RN.
- Superficie limpia y manos desinfectadas.
- Favorecer un ambiente tranquilo.

¿Cuántas veces hay que hacer la extracción?

Es importante hacerlo muchas veces en las primeras 72 horas después del parto para estimular la subida de la leche, un mínimo de 8 veces durante 24 horas, tanto de día como de noche.

¿Durante la noche también se hace extracción?

Sí, aunque tras el trabajo de parto es importante el descanso, animaremos a que las mamás hagan las extracciones de la noche antes de dormir, a media noche y al levantarse.

¿Cómo identificamos la leche de la mamá con su bebé?

Entregaremos a la mamá unas pegatinas con el nombre del RN donde escribirá la fecha y hora de extracción para identificar las jeringas o botes y poder controlar la fecha de caducidad de la leche.

¿Cómo conseguimos extraer el calostro?

La mejor manera de extraer el calostro es la extracción manual, aunque en algunos casos también se podrá usar el sacaleches.

Pasos de una extracción manual:

1. Retirada de anillos, pulseras y esmalte de uñas.
2. Lavado de manos.
3. Masajear el pecho con movimientos delicados, circulares, en línea hacia el pezón y amasar varios minutos.
4. Empujar con los dedos el pezón hacia las costillas cogiéndolo en forma de C.
5. Presionar y comprimir el pecho con los dedos.
6. Relajar los dedos y dejar de comprimir.
7. Repetir varias veces esta secuencia: Empuja, Presiona, Relaja.
8. Recoger las gotas de calostro que vayan saliendo.

5 Discusión-Conclusión

Lo más importante sobre el tema que aquí se ha desarrollado es que el TCAE tiene un papel muy importante dentro de la UCIN, ya que es la encargada el transporte de las primeras gotas de calostro desde paritorio o reanimación para ofrecérselo al RN y de ayudar a las madres gestantes a iniciarse en la extracción de calostro y posteriormente de leche madura, explicándole los beneficios que tiene está sobre el recién nacido.

El calostro es muy importante para el RN, ya que es una forma concentrada de leche materna que contiene propiedades inmunoestimulantes, proteínas, sales, y anticuerpos, por eso es la comida perfecta para un bebé, ya que le aporta anticuerpos para que esté sano durante los primeros días de vida y posterior al calostro será la Leche Materna.

6 Bibliografía

1. <https://www.medela.es/lactancia/viaje-de-las-madres/calostro>
2. <https://lli.org/es/informacion-sobre-la-lactancia-materna-de-la-a-a-la-z/calostro-informacion-general/>
3. <https://blog.lactapp.es/extraccion-prenatal-calostro/#::text=Empezar%20con%20un%20lavado%20de,fluir%C3%A1%20lentamente%2C%20gota%20a%20gota.>
4. <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna/documentos/recomendaciones-sobre-lactancia-materna>

5. <https://www.suavinex.com/livingsuavinex/calostro/>
6. <https://www.dodot.es/recien-nacido/nutricion/articulo/calostro>
7. Servicio de Neonatología del Hospital 12 de Octubre.

Capítulo 255

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN

PAULA CRISTINA PÉREZ CORREIA

ESTHER JIMÉNEZ TOMÁS

CLARA MARIA GONZÁLEZ DE LA ROSA

ÁNGELA MARTÍN DE LA SIERRA LÓPEZ

RAQUEL ESCUDERO

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece la siguiente definición sobre la esterilización: es "la técnica de saneamiento cuyo objetivo es conseguir la plena destrucción de toda forma de vida existente en los elementos. Para ello, se pretende aniquilar todos los microorganismos, patógenos y no patógenos".

Por otro lado, la RAE (Real Academia de la lengua Española) define el concepto de esterilizar (de estéril e - izar) como acción de "Destruir los gérmenes por la acción de agentes físicos o químicos".

Los centros hospitalarios son ambientes sanitarios que pueden estar altamente contaminados con multitud de microorganismos, siendo estos capaces de provocar una gran variedad de enfermedades en el ser humano, especialmente en aquellos pacientes cuyas defensas son bajas debido a los tratamientos recibidos para hacer frente a sus enfermedades.

Existen tres procedimientos o actividades que pueden disminuir o incluso eliminar la presencia de microorganismos en materiales sanitarios, los cuales luego son utilizados en pacientes. Estos procedimientos son: la limpieza o descontaminación, la desinfección y la esterilización. Dentro del procedimiento de la esterilización hay que seguir cinco pasos para que sea un procedimiento efectivo: limpiar el material, preparar el paquete donde va a ir ese material, esterilizar el material, almacenar y entregar dicho material y por último hacer uso de él.

2 Objetivos

- Conocer los diferentes métodos de esterilización que tienen que realizar los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería sobre el material sanitario utilizado que requiera dicha esterilización.

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

Características y clasificación de los materiales para esterilizar:

Existe una gran variedad de material que debe ser esterilizado, sin embargo, no todos los tipos de materiales pueden ser esterilizados con el mismo método debido a sus características, por lo que es necesario saber las características de cada material para utilizar un método de esterilización u otro. Dichas características son: resistencia al método utilizado en la esterilización, estabilidad, seguridad de las personas, toxicidad y características de la fabricación.

- Vidrio: material rígido, pero fácil de romperse. Resiste a altas temperaturas. Podemos encontrar: tubos de ensayo, botellas...
- Acero inoxidable: resistente a la oxidación, aun así entrando en contacto con la humedad. Es un material duradero pero frágil ante el uso excesivo de cloruros. Podemos encontrar: material quirúrgico, contenedores y cajas del instrumental utilizado en procedimientos intervencionistas.

- Plástico: material que puede ser modelado y deformado. Utilizado para empaquetar o para aislar térmicamente o eléctricamente. Podemos encontrar: conexiones, sondas, sistemas de sueros...
- Látex: frágil ante detergentes y no sale rentable su esterilización, por lo que muchos materiales de látex será de un único uso. Es frecuente en reacciones alérgicas.
- Algodón: resistente a altas temperaturas, pero se daña con facilidad. Podemos encontrar: ropa para pacientes, sábanas o para envolver material.
- Textiles especiales: Podemos encontrar: pañales, filtros...

Métodos de esterilización:

- Flameado.

Empleado en los laboratorios de microbiología y consiste en pasar el material a esterilizar por la llama de un mechero de tipo Bunsen.

Material esterilizado: asas de siembra, pipetas, tubos de vidrio...

- Incineración.

Empleado para obtener la eliminación de residuos biopeligrosos mediante su combustión en hornos crematorios. Destruye los microorganismos por combustión.

- Horno Pasteur o estufa poupinel:

Consiste en calentar el interior de un aparato elevando su temperatura con energía eléctrica.

Dentro de este aparato es posicionado el material una vez limpio y seco sobre bandejas que pueden estar en diferentes alturas.

Material esterilizado: materiales fabricados en vidrio termorresistente, porcelana o acero inoxidable.

- Autoclave de vapor.

Método más empleado en el servicio de esterilización. Se utiliza vapor saturado para producir hidratación en las células microbianas.

Requiere 134 °C en un tiempo de 7 a 10 minutos.

121 °C en un tiempo de 20 minutos.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha podido comprobar con la lectura de este capítulo titulado "El técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio de esterilización" el procedimiento de esterilización es un método utilizado con la finalidad de eliminar todos los microorganismos existentes en el material sanitario reutilizable en los

diferentes procedimientos asistenciales o intervencionistas. Además de la esterilización, también puede ser utilizados los métodos de limpieza o descontaminación y la desinfección; sin embargo, estos procedimientos no consiguen eliminar en su totalidad la presencia bacteriana, sino que consigue disminuirla.

Las evidencias que presentamos anteriormente en este capítulo nos demuestra la necesidad de conocer las características de los materiales que van a ser esterilizados para utilizar un método u otro, ya que no todos los materiales son aptos para todos los métodos empleados.

6 Bibliografía

1. Guillamas. C, Gutiérrez. E, Hernando. A. Técnicas básicas de enfermería. 2010. España. Editorial Editex.
2. Pardo, A. Pulido, M.D. Salud laboral: prevención de riesgos laborales. España. Formación continuada logoss, S.L. 2010.
3. Pérez, E., Fernández, A.M. Auxiliar de enfermería. 2013. España. Editorial Mc. Graw Hill Education.

Capítulo 256

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU ACTUACIÓN ANTE LA PIREXIA DE LOS PACIENTES

PAULA CRISTINA PÉREZ CORREIA

ESTHER JIMÉNEZ TOMÁS

ÁNGELA MARTÍN DE LA SIERRA LÓPEZ

CLARA MARIA GONZÁLEZ DE LA ROSA

RAQUEL ESCUDERO

1 Introducción

Pirexia o fiebre, son las designaciones que le da la medicina y que corresponderá a un acrecentamiento de la temperatura corporal elevada por encima de lo normal, que serían los 37 °C. No es una patología la fiebre por sí sola, cuando se presenta es una señal de que algo, le está pasando al organismo, ya que la pirexia o fiebre es un sistema de defensa de nuestro propio cuerpo, contra un agente interno o externo.

Definición simple: Incremento de la temperatura corporal en respuesta a una elevación del punto fijo del Centro Termorregulador (CTR) hipotalámico. Sobre 37,5° de temperatura axilar hablaremos de pirexia. En cambio, entre 37° y 37,5°, hablaremos de febrícula.

Es un síntoma/signo de gran incidencia en la población y que es uno de los principales motivos de la asistencia a consulta en la población por regla general.

La pirexia no incurre ni sería un motivo o una condición de gravedad para considerar por sí misma, pero sí logra ser el modo que tiene nuestro cuerpo y organismo de decir y manifestar que podríamos estar desarrollando o que ya tenemos, una patología más grave que la fiebre en sí. Por otra parte, su posible gravedad logra inclusive verse alterada por las posibles patologías crónicas que afectan al paciente enfermo (neumopatías, o cardiopatías, epilepsia, o patología endocrina, entre otra, etc.).

La importancia clínica de la pirexia o fiebre alta radica en que, siendo un signo muy fácil y preciso de lograr ver y poder comprobar, es un buen indicador de patología y enfermedad, ya que no está expuesto a las variaciones emocionales. Asimismo, es muy útil para saber con exactitud la gravedad de este cuadro febril, estudiar la evolución de la patología o enfermedad y su posterior respuesta al tratamiento.

2 Objetivos

- Informar sobre la diferencia del concepto de pirexia e hipertermia por parte del Técnico en Cuidados de Enfermería (TCAE).

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, ministerio de sanidad y consumo y diferentes páginas referentes a sintomatología y características de la Pirexia, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las infecciones o contagios, ya estén estas en la categoría de bacterianas o de virales, son los principales orígenes que nos hallamos a la hora de que se presente el estado de fiebre alta o pirexia. Continuando con los segundos orígenes en incidencia, aunque, mucho menos comunes, son la posibilidad de que se ostente

por parte del paciente neoplasias y las enfermedades o patologías inflamatorias sistémicas (enfermedad inflamatoria intestinal, lupus, o inclusive artritis reumatoide). Otras un poquito menos normales o comunes son pirexia o fiebre alta por fármacos, infarto del miocardio o también se logra dar a consecuencia de algún trauma.

Es esencial tener los conocimientos y lograr el diferenciar la pirexia o la fiebre alta con la Hipertermia, ya que en esta última que se menciona existe una subida al alza de la temperatura que no es controlada por la termorregulación hipotalámica, además esta situación logra en la gran mayoría de los sucesos ser para el afectado potencialmente mortal. La diferencia está dada por una exhaustiva y minuciosa historia clínica (una actividad física realizada excesivamente, o exposición previa al calor del ambiente excesivo (denominado golpe de calor), este suceso no da respuesta a la administración de los antipiréticos y no tanto en los registros térmicos o su patrón (salvo cuando la temperatura es mayor en elevación o igual a los 42 °C).

Cuando se da una temperatura del organismo corporal tomada o considerada central menor de los 35° C, estaremos hablando de hipotermia, la cual podría estar originada por exposición a unos ambientes con temperatura en el ambiente demasiado baja, así como a ciertas condiciones consideradas como patológicas, como logran ser un shock, una sepsis, o mixedema o las drogas como el alcohol, los anestésicos, o inclusive los psicofármacos.

5 Discusión-Conclusión

Debido a la importancia de lo que nuestro propio cuerpo o nuestro propio organismo nos da a entender este con sus mecanismos nos pone sobre aviso, al despertar el proceso de la pirexia llegamos a la conclusión de que tomando como referencia estos síntomas, signos y patrones, podemos llegar a establecer un diagnóstico verdadero de la etiología de la fiebre o pirexia, como también de la hiperpirexia y ya con un diagnóstico, descartar patologías o que nos lleve a otras patologías más graves que se puedan estar dando en nuestro organismo y no dieron la cara todavía, esto será debido y posible a la observación de síntomas como la deshidratación y se deberá comenzar a buscar la probable patología de la que es originaria la pirexia siempre concluyendo con un examen físico completo.

6 Bibliografía

1. <https://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/>

Carrera-Medicina/MEDICINA-I/semio/pirexia.pdf.

2. <http://semiologia.med.uchile.cl/general/pirexia/>.

3. García Puga J. M., Garrido Torrecillas F. J., Hernández Morillas D., Castillo. Díaz L., Santos Pérez J. L., Callejas Pozo J. E. et al. Análisis del conocimiento y manejo de la pirexia por parte de pediatras y residentes en relación a un proceso asistencial establecido. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2012 Jun [citado 2022Jul05]; 14(54): 115-126. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322012000300004&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322012000300004>.

Capítulo 257

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PREPARACIÓN DE LA ZONA A INTERVENIR QUIRÚRGICAMENTE

PAULA CRISTINA PÉREZ CORREIA

ESTHER JIMÉNEZ TOMÁS

ÁNGELA MARTÍN DE LA SIERRA LÓPEZ

CLARA MARIA GONZÁLEZ DE LA ROSA

RAQUEL ESCUDERO

1 Introducción

La preparación del área que va a ser intervenida y en lo referente a la piel se efectúa con el objeto de prevenir las infecciones producidas por la flora que coloniza nuestra piel en circunstancias normales. En este procedimiento lo que se efectúa es remover la suciedad, la grasa, y microorganismos de flora transitoria que se encuentran en la piel y llegar a controlar mediante soluciones antisépticas a los microorganismos residentes que son la población bacteriana, que están depositados en los folículos pilosos y que no son eliminados con el lavado rutinario habitual. La adecuada preparación de la piel nos va a permitir reducir el peligro de infecciones de la herida operatoria asociadas a estos procedimientos

invasivos, beneficiando, como consecuencia, la calidad de la atención de los enfermos, para ello el aseo del área quirúrgica es de vital importancia en el área operatoria y áreas circundantes, deben estar limpias, sin residuos, libres de suciedad y así la flora bacteriana quedara reducida a niveles mínimos. Los estudios además demuestran que la infección se reduce en gran consideración al acortar el tiempo de ingreso preoperatorio del enfermo dentro del Centro Asistencial. El aseo siempre se debe comenzar precedentemente de la preparación quirúrgica de la piel.

2 Objetivos

- Describir el rasurado como parte muy esencial de la prevención de infecciones y de la preparación precedentemente de la intervención quirúrgica.

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: PubMed y Google Academy, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas

4 Resultados

Su objetivo es reducir la flora microbiana que reside en la piel y mucosas del enfermo precedentemente de comenzar la intervención quirúrgica.

1) Ducha con detergente de clorhexidina la noche anterior a la intervención.

El enfermo debe seguir este orden al lavarse:

- Cabeza. Tórax. Extremidades superiores, e inferiores. Genitales.

- Secar la piel correctamente.

2) Pintar el campo quirúrgico con povidona yodada al 7,5-10 % o gluconato de clorhexidina al 4-5 % o clorhexidina al 0,5 % en alcohol etílico al 70 %, según la siguiente técnica:

- Esgrimir instrumental y gasas estériles.

- Emplear el antiséptico siempre con movimientos circulares desde el punto central hacia la periferia. En enfermos obstétricos y en los neonatos no se manejará povidona yodada en la preparación del campo quirúrgico, ya que la absorción

del yodo supone un peligro de hipotiroidismo transitorio en el recién nacido. No se aplica clorhexidina en ojo ni en oído medio. No se empleará alcohol sobre mucosas, ojos o heridas.

3) Cubrir el área con talla estéril.

4) Rasurar el área quirúrgica lo más cercano posible a la intervención (el tiempo transcurrido entre el rasurado y la intervención incrementa el peligro de infección postoperatoria, por lo que debe efectuarse lo más cercano posible al momento de la intervención). El pelo es uno de los mayores contaminantes y la principal fuente de estafilococos.

La pauta de rasurado es:

- Previamente, se deberá impermeabilizar el área a lavar para evitar que el antiséptico corra de la piel a la mesa quirúrgica y se estanque debajo del enfermo, provocando posteriores quemaduras.
- Cortar el pelo con tijeras, lo más corto posible.
- Humedecer el pelo. Rasurar con maquinilla estéril. Sostener la piel tersa y rasurar en dirección al crecimiento del pelo para evitar micro lesiones.
- Emplear antiséptico sobre la piel ya rasurada (povidona yodada al 10 % o clorhexidina al 5 %) en sentido centrífugo desde el centro hacia la periferia.
- Cubrir con paños estériles y fijados levemente para que sean retirados en el quirófano.
- Si el rasurado se hace en seco, para recoger el pelo se manejará esparadrapo, dando toques suaves, sin esparcirlo.

El área a rasurar depende de la cirugía que se vaya a practicar:

En cirugía abdominal, se rasurará desde la línea mamaria, inclusive el tercio superior de los muslos, inclusive la línea de la mesa, con el enfermo en decúbito supino. Incluyendo el vello púbico.

En cirugía mamaria y torácica, se rasurará el hombro, la región superior del brazo, inclusive el codo, la axila y la pared torácica, inclusive la línea de la mesa, y más allá del esternón, inclusive el hombro opuesto. El enfermo se encuentra en decúbito lateral.

En cirugía toraco-abdominal lateral, el rasurado debe incluir la axila, el tórax y el abdomen, desde el cuello, inclusive la cresta ilíaca. Se extenderá inclusive la línea media, tanto anterior como posteriormente. El enfermo está en posición lateral.

En cirugía recto-perineal y vaginal, la preparación abarcará el pubis, la vulva, los labios, el periné, el ano y áreas adyacentes, comprendida la cara interna del tercio superior de los dos muslos. La posición del enfermo será de litotomía.

En cirugía de cadera, la preparación abarcará el abdomen del lado afectado, el muslo, inclusive la rodilla y las nalgas, inclusive la línea de la mesa, la ingle y el

pubis. La posición del enfermo será en litotomía/ginecológica.

En cirugía de rodillas y de la región distal de la pierna, el área a preparar incluirá la circunferencia total del miembro afectado y se extenderá desde el pie inclusive la región superior del muslo.

En las intervenciones de mano y pie, las uñas deben limpiarse exhaustiva y minuciosamente.

5 Discusión-Conclusión

Con estas pautas y protocolos de actuación llegamos a la conclusión de que en la preparación de los enfermos deben estar escritas, y por supuesto revisadas con un mínimo anualmente por los cambios y modificaciones en avances de investigación que se vienen produciendo y siempre deben estar a la disponibilidad del personal de enfermería en el lugar de trabajo para su guía y consulta.

Las pautas y protocolos determinan responsabilidad y autoridad, serán estas guías las que asienten los procedimientos y deben incluirse en la educación y orientación del personal de la unidad, ayudando al desarrollo del conocimiento, aptitudes y habilidad y que van a influir y mucho en la prevención de las infecciones hospitalarias y en el cuidado del enfermo, positivado la experiencia y calidad de la atención.

6 Bibliografía

1. Menéndez López V., Galán Llopis J.A., Elía López M., Carro Rubias C., Paz, Cruz L. de, Royo García G. et al . Sobre la necesidad del rasurado de la región púbica en los enfermos que van a ser sometidos a cirugía urológica endoscópica. *Actas Urol Esp* [Internet]. 2004 Dic [citado 2022 Jul 08] ; 28(10): 761-765. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062004001000008&lng=es.
2. <http://www.enfermeraspaellonyesterilizacion.cl/recomendaciones/piel.html>.
3. Horan TC, Andrus M, Dudeck MA. CDC/NHSN surveillance definition of health care-associated infection and criteria for specific types of infections in the acute care setting. *Am J Infect Control*. 2008; 36:309-32.
4. Ramirez Gallegmore P, Viera V. Antisepsia cutánea precedentemente de la cirugía. *Medicina Intensiva* 2019; 43:18-22.

Capítulo 258

LA DIABETES Y LA SALUD BUCODENTAL.

SILVIA COSTALES PARRONDO

1 Introducción

La diabetes mellitus, y especialmente la denominada "diabetes tipo 2", se ha convertido en una de las enfermedades crónicas más prevalentes en la civilización occidental, en paralelo a la obesidad. Se caracteriza por presentar niveles elevados de glucosa en sangre (glucemia). El problema es que estas cifras de glucosa elevadas, mantenidas a lo largo de los años, pueden dañar ciertos órganos. Si padece diabetes, debería saber que la enfermedad, si no está bien controlada, puede generar a largo plazo complicaciones en su salud. Y también puede afectar a la boca.

La periodontitis es tres veces más frecuente en pacientes con diabetes, principalmente cuando el control glucémico no es adecuado. Además, los pacientes con diabetes pueden tener la boca seca (xerostomía) e infecciones por hongos (candidiasis oral). Las personas con diabetes mal controlada tienen un alto riesgo de enfermedades bucales como sequedad bucal, gingivitis e infecciones bucales.

Con un control adecuado de los niveles de glucosa, siguiendo una dieta sana, la realización de actividad física y un correcto uso de fármacos, se minimiza el riesgo de desarrollar todas estas complicaciones derivadas de la diabetes.

Ciertos fármacos de uso frecuente en el paciente diabético, incluyendo medicamentos para la hipertensión o la depresión, también favorecen la sequedad de boca.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la relación entre la diabetes y la salud bucodental.

3 Metodología

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

4 Resultados

Gingivitis y periodontitis son dos facetas de la enfermedad periodontal. La primera más común y leve, la segunda más grave y menos frecuente. Las bacterias y los gérmenes se desarrollan fácilmente cuando hay disponibilidad de glucosa, al fin y al cabo es uno de sus alimentos. Si la diabetes está mal controlada, los niveles altos de glucosa en la saliva pueden facilitar el crecimiento de los gérmenes y, por lo tanto, de la placa bacteriana.

El buen control diabético disminuye el riesgo de padecer enfermedad periodontal y también disminuye el riesgo de presentar otras complicaciones de la diabetes, como enfermedades cardiovasculares, de la retina, de los riñones y la lesión de los nervios. Si padece diabetes, es importante conocer si está adecuadamente controlada y comunicarlo al dentista en las revisiones periódicas.

Es muy frecuente que los pacientes diabéticos se quejen de sequedad de boca o xerostomía. A veces, incluso, la sequedad bucal puede ser el primer síntoma de una diabetes todavía no diagnosticada. Cuando hay sequedad bucal no se produce suficiente saliva, que es un protector natural de la boca que ayuda a eliminar los restos de alimentos que quedan pegados en los dientes y en las encías. La saliva ayuda también a controlar el crecimiento de los gérmenes que producen las caries y otras infecciones orales comunes. Por tanto, la sequedad bucal favorece el crecimiento de la placa bacteriana. La saliva también ayuda a controlar el crecimiento de los gérmenes que producen la caries y otras infecciones orales. Cuando una glucosa está elevada, se elimina por la orina arrastrando agua, lo que produce un aumento de la eliminación de agua. Esto conlleva una situación de relativa

deshidratación, que dificulta la producción de saliva en una cantidad y composición adecuadas. También se han descrito alteraciones en la composición de la saliva de los pacientes diabéticos, principalmente en cuanto a su nivel de glucosa y minerales, con lo que se altera su función y predispone al desarrollo de otras complicaciones locales, como la aparición de caries o la enfermedad periodontal en casos más graves.

Además de su efecto negativo local, la infección crónica localizada en la cavidad oral, también puede ser una fuente de diseminación de bacterias al torrente circulatorio (bacteriemia) y activar la respuesta inmunitaria inflamatoria a nivel sistémico, lo que elevaría los niveles de glucemia.

Un tratamiento de periodontitis efectivo incluye una higiene oral adecuada y elimina la inflamación e infección periodontal que puede afectar negativamente al control glucémico. Las enfermedades periodontales incluyen la gingivitis y la periodontitis. Son infecciones en las encías y en el hueso que sostiene los dientes que, en estadios avanzados, pueden producir dolor al masticar e incluso la pérdida de los dientes. La infección de las encías puede empeorar las cifras de glucemia y dificultar el control glucémico.

5 Discusión-Conclusión

Para prevenir la aparición de enfermedades bucales se aconseja cepillarse siempre después de las comidas y utilizando un dentífrico adecuado. Además, usar el hilo o seda dental a diario. Se debe usar un cepillo suave y cambiarlo cada 3 meses. No fumar, ya que el tabaco multiplica el riesgo de problemas vasculares en la diabetes y además favorece las enfermedades bucales.

Es aconsejable hacer revisiones bucales cada 6 meses, pero si sangra al cepillarse o presenta sequedad en la boca, dolor o mal aliento, acuda cuando antes a su dentista. Si padece diabetes es importante saber si está adecuadamente controlada y comunicarlo al dentista en las revisiones periódicas.

6 Bibliografía

1. Diabetes y salud oral. (Internet). Disponible en: <https://www.cdc.gov/diabetes/spanish/living/diabetes-oral-health.html>.
- 2.Cuál es la relación entre la diabetes y la salud oral. (Internet). Disponible en: <https://www.clinicadentalenlavaguada.es/relacion-entre-diabetes-salud->

bucodental/.

3. La diabetes y como afecta a tu salud oral. (Internet). Disponible en: <https://dentistatalavera.es/la-diabetes-y-como-afecta-a-tu-salud-bucal/>.

Capítulo 259

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) EN CUIDADOS PALIATIVOS A PACIENTES

MARÍA DE LA PAZ GONZÁLEZ LÓPEZ

CAROLINA BERNAL MUÑOZ

ROSA MONTERO NÚÑEZ

MARIA JOSEFA HERREROS CALERO

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ VALERA

1 Introducción

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) define así los cuidados paliativos, “un tipo especial de cuidados diseñados para proporcionar bienestar o confort y soporte a los pacientes y sus familias en las fases finales de una enfermedad terminal”.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los cuidados paliativos como un enfoque para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias que enfrentan los problemas asociados con enfermedades potencialmente mortales. La enfermedad incurable de estos pacientes les lleva a una situación de enfermedad avanzada, con una solución nula a la medicación, y con un aumento de

síntomas que agravan todavía más la enfermedad y la situación del paciente y su familiar.

Estas medidas o cuidados se utilizan sobre todo en enfermedades degenerativas, enfermos con patologías crónicas como enfermos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermos cardíacos, cáncer, demencia, Parkinson, Alzheimer, esclerosis lateral amiotrófica (ELA), enfermos con insuficiencia renal, etc. En un estado muy avanzado de cualquier de estas enfermedades que se han enumerado con anterioridad y que poco a poco se llevan la vida del individuo que las padece.

El equipo que se dedica a estas funciones es un equipo de personal multidisciplinar, compuesto por médicos, enfermeros, técnicos auxiliares de enfermería, fisioterapeutas, psicólogos.

La familia del enfermo es también una figura clave, ya que se dedica a los cuidados del paciente muchas horas al día y en ocasiones también tiene la necesidad de asistencia terapéutica y psicológica, puesto que es muy necesario cuidar al cuidador.

2 Objetivos

- Informar sobre los cuidados del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el paciente paliativo.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los cuidados paliativos a enfermos terminales, los cuales no tienen tratamiento para la cura y además están en un estadio muy avanzado, cursan en ocasiones con gran sufrimiento físico y psicológico, por lo que es de vital importancia que el trato a la hora de dar estos cuidados o servicio sea de forma humana y empática.

El técnico auxiliar de enfermería juega un papel importante en la asistencia de estos pacientes, ya que forma parte de un equipo multidisciplinar que presta su ayuda y cuidados integrales, tanto físicos como psicológicos, guardando y respetando en cada momento las convicciones del enfermo preservando su intimidad y dignificando cada momento en el que asiste al individuo.

El TCAE debe tener siempre una relación con el paciente de comunicación, apoyo social y psicológico, asistencia para aliviar el dolor, intentando que el día a día del paciente sea lo más normal posible, sabiendo que la muerte está cerca, pero intentando también normalizar la situación.

Es función del técnico auxiliar de enfermería la higiene diaria del enfermo intentando darle confortabilidad y comodidad, hidratando la piel después del lavado, se lavarán y limpiarán los ojos con suero, la boca se lavará con clorhexidina bucal, los labios con vaselina y cambiando la ropa de la cama las veces que sea necesario para que el paciente esté fresco y confortable.

Le harán cambios posturales según protocolo y dolencias, si fuera necesario, con la intención de que se encuentre cómodo y libre de escaras.

El TCAE ayudará al paciente a comer si lo necesita, la alimentación se ceñirá a las necesidades y gustos del paciente teniendo en cuenta su tolerancia, también es función del TCAE la ayuda de evacuación del paciente, ayudándolo a ir al baño, poniendo la cuña o el pañal.

5 Discusión-Conclusión

La importancia de dar calidad de vida al enfermo paliativo con un trato respetuoso, manteniendo la privacidad, cuidando su imagen personal, con una habitación bien ventilada y creando así un ambiente agradable, con una relación cordial, empática y humana hacia el enfermo terminal y su familia.

Debemos crear un ambiente de mayor estabilidad con una asistencia total y activa donde el propio enfermo, como su familia, se sientan protegidos, queridos y asistidos tanto física como psicológicamente para el duro golpe que está por llegar. Es fundamental favorecer el acceso a la formación continuada, permitiendo así la especialización y el futuro reconocimiento de un perfil profesional que permita a este colectivo una mayor estabilidad y continuidad dentro de los equipos asistenciales. Pero, especialmente, es necesario el reconocimiento de los estamentos que conviven en la propia unidad asistencial y que la tríada facultativo-enfermera-TCAE se entienda como una verdadera unidad asistencial.

6 Bibliografía

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

Capítulo 260

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU PAPEL EN LA ADMISIÓN DE PACIENTES

MARÍA JESÚS GONZALEZ PARRAGA

AMALIA DEL CARMEN GOMEZ LOPEZ

SOLEDAD FITO MARTIN

LAURA ALFARO LOPEZ

FRANCISCA BARBERO LÓPEZ

1 Introducción

El departamento responsable de la admisión de pacientes es una de las partes más importantes de la estructura hospitalaria. Es el primer punto de contacto del paciente con el hospital y es donde se realiza el proceso de registro de ingreso y se asigna la habitación adecuada.

Sirve como un lugar importante para el proceso de dar la bienvenida a los pacientes, verificar sus identidades y recopilar información vital sobre sus historias médicas, alergias y medicamentos actuales. Aquí también se establece el régimen de cuidados a seguir, junto con una valoración preliminar del estado de salud del paciente.

Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), enfermeras y médicos conforman el personal que trabaja en el área de ingreso de pacientes hospitalarios. Su principal responsabilidad es garantizar la seguridad, eficacia y eficiencia del procedimiento de admisión de pacientes.

También se encargan de informar a los familiares y amigos del paciente de forma clara y concisa sobre el procedimiento de ingreso y las políticas del hospital.

Se completan varias tareas en el área de admisión de pacientes del hospital, incluido el registro de admisión, la asignación de habitaciones, la verificación de la identidad del paciente y la recopilación de datos básicos.

También se llevan a cabo importantes procedimientos de diagnóstico, como la medición de la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la temperatura corporal. Todo esto se hace con el objetivo de recopilar información pertinente que facilite el diagnóstico y tratamiento del paciente.

En conclusión, el área de admisión de pacientes hospitalarios es un lugar crucial para el buen funcionamiento de cualquier hospital. Su principal responsabilidad es garantizar la seguridad y eficacia del procedimiento de admisión de pacientes. Esos empleados.

La capacidad de comunicarse con los pacientes y sus familias de manera clara y concisa, así como de realizar todas las tareas necesarias para recopilar los datos fundamentales del paciente, es un requisito para quienes trabajan en este campo.

2 Objetivos

Describir las responsabilidades de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en relación con el ingreso de pacientes en los centros hospitalarios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 juega un papel importante en el ingreso de pacientes a los hospitales. Sus funciones incluyen:

1. Registro de pacientes: el TCAE registra la información personal y médica del paciente en el sistema informático luego de aceptar al paciente en el área de ingreso hospitalario.
 2. El TCAE también puede medir los signos vitales y el peso de los pacientes.
 3. Orientación a los pacientes y a sus familiares: informa a los pacientes y sus familiares sobre el proceso de ingreso, el procedimiento a realizar y los cuidados que deben tener en cuenta durante su estancia en el hospital.
 4. Ofrecer apoyo al paciente, acompañarlo a la habitación designada, asegurándose de que sean cómodas y se encuentren en las mejores condiciones posibles.
- El TCAE es el encargado de mantener la habitación limpia y ordenada.

Durante toda su estancia en el centro hospitalaria, el TCAE es la persona encargada de mantener la habitación del paciente en estado limpio y ordenado. Además, cambia la ropa de cama y mantiene un inventario de los insumos esenciales.

Los TCAE ayudan al personal médico trabajando juntos para completar tareas simples como recolectar muestras, administrar medicamentos y prepararlos material requerido.

En general, TCAE en el ingreso de pacientes juegan un papel importante en la atención al paciente, ofreciéndole seguridad y comodidad durante su estancia en el hospital. Este profesional se considera crucial para este proceso.

5 Discusión-Conclusión

La principal recomendación del TCAE al ingresar pacientes, es mantener una comunicación eficiente y transparente con los pacientes y sus familiares, brindándoles explicaciones completas del procedimiento de entrada y ocupándose de cualquier problema que puedan encontrar.

Además, es fundamental garantizar la privacidad y comodidad de los pacientes durante el proceso de admisión, asegurándose de que las habitaciones estén impecables y equipadas con todo lo necesario.

Para garantizar una atención adecuada y segura al paciente en el hospital, el técnico también debe asegurarse de que se haya registrado toda la información pertinente y el historial médico del paciente.

Se recomienda que el TCAE tenga buenas habilidades interpersonales para que pueda comunicarse con los pacientes y sus familias de manera amable y compasiva, ofreciendo siempre apoyo emocional. Para garantizar que el paciente obtenga un trato adecuado.

Es fundamental adoptar una actitud proactiva y cooperativa con el equipo sanitario para recibir una atención integral y coordinada durante el tratamiento hospitalario.

6 Bibliografía

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

Capítulo 261

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU COMETIDO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

MARÍA JESÚS GONZALEZ PARRAGA

AMALIA DEL CARMEN GOMEZ LOPEZ

SOLEDAD FITO MARTIN

LAURA ALFARO LOPEZ

FRANCISCA BARBERO LÓPEZ

1 Introducción

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un servicio prestado por la medicina intensiva que tiene como objetivo proporcionar a los pacientes con necesidades médicas extremadamente urgentes un seguimiento amplio y continuo. Aunque debe estar situado separado de otros servicios (en caso de emergencia), debe tener fácil acceso a ellos.

Necesitamos personal especializado (médicos, enfermeras, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), celadores, personal administrativo y de limpieza), porque tratamos de muchísimas patologías y dispositivos diferentes. Monitores y desfibriladores, respiradores, catéteres multilumes, sondas, carros

de parada, sistemas de drenaje, electrocardiogramas, sistemas de aspiración, bombas y otros insumos médicos y medicamentos son algunos de los equipos que se utilizan con mayor frecuencia en la UCI.

Hay varios módulos en este servicio, incluyendo módulos generales, postoperatorios, coronarios y de trasplantes. Es crucial que los pacientes que requieran aislamiento tengan acceso a la mitad de las camas de cada módulo. Para facilitar el acceso del personal a las camas, cada cama deberá contar además con un espacio de al menos 1,5 metros a cada lado realizar tareas con el paciente, como limpiar, administrar medicamentos o realizar otras actividades).

Destacamos el trabajo en equipo como uno de los componentes más importantes de este servicio, brindando siempre al paciente una atención de alta calidad.

2 Objetivos

Comprender el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos y resaltar sus responsabilidades principales.

3 Metodología

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

4 Resultados

Como comentaba anteriormente, la UCI es un servicio altamente especializado en el que se debe tener un conocimiento adecuado de diversas patologías y del uso de dispositivos, y el trabajo en equipo es fundamental. al momento del ingreso del paciente.

- Será recibido por el TCAE, la UCI y el personal médico.
- Teniendo en cuenta el papel de los TCAE en la recepción de pacientes, descubrimos:
- Desvestir al paciente con la asistencia del celador.
- El TCAE conectará el catéter urinario al colector si el paciente está usando uno.
- Se conectará el sistema de succión o bolsa si el paciente tiene sonda nasogástrica.

- El TCAE se encarga de retirar artículos costosos, joyas, prótesis y esmaltes de uñas.
- Describir a la familia las políticas del servicio, como el requisito de uso de gorro, mascarilla y bata quirúrgica, así como la frecuencia de visitas de los pacientes.
- Dado que el TCAE se encargaba de retirar las joyas y otros objetos de valor, entregará las pertenencias del paciente a un familiar (es necesario enumerar todos los objetos en un libro y luego pedir la firma del familiar).

Una vez finalizada la recepción del paciente, el TCAE se encargará de realizar las siguientes tareas cruciales:

- Dependiendo de las características del paciente, será necesario medir y regular cuánta orina produce el paciente. señalando que se pueden realizar cada hora, cada ocho horas o cada veinticuatro horas.
- Recolectar muestras de orina para análisis en el futuro.
- Limpiar al paciente (esto generalmente se hace mientras está acostado en la cama en la UCI).

El TCAE estará familiarizado con todas las herramientas que se utilizan y los diversos métodos de administración de oxigenoterapia. Es fundamental que usted sea el encargado de regular y vigilar el ritmo y la frecuencia de la ventilación.

5 Discusión-Conclusión

La Unidad de Cuidados Intensivos es uno de los departamentos del hospital donde más presión está el personal sanitario, por lo que el trabajo que realizan los TCAE en esta unidad no es sencillo. Esta presión es el resultado de las circunstancias desafiantes que atraviesa cada paciente, incluidas sus enfermedades y complicaciones, además de pasar la mayor parte del tiempo lejos de sus familias.

Para que el paciente se sienta seguro y así evitar que se sienta solo en la UCI, los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería, deben brindarle apoyo y seguridad además de ayudarle en el tratamiento de su enfermedad.

6 Bibliografía

1. TCAE en cuidados intensivos (UCI). Revista Sanitaria de Investigación 4.5 (2023).
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.

Capítulo 262

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES EN LA PLANTA DE GINECOLOGÍA

MARÍA JESÚS GONZALEZ PARRAGA

AMALIA DEL CARMEN GOMEZ LOPEZ

SOLEDAD FITO MARTIN

LAURA ALFARO LOPEZ

FRANCISCA BARBERO LÓPEZ

1 Introducción

La ginecología es el área de la medicina que se encarga de cuidar los órganos genitales y las mamas de la mujer para garantizar que se encuentren sanos y libres de cualquier patología. También tienen responsabilidades de seguimiento son los encargados de realizar cesáreas en caso de que surjan complicaciones durante el parto, entienden las etapas del embarazo y todos los problemas potenciales.

En todos los centros de salud hay unidades de ginecología y obstetricia con un equipo de profesionales médicos y no médicos, contiene TCAE quienes se encargan de apoyar y asistir a todo el equipo multidisciplinario así como una serie de tareas que ayudarán en la recuperación del paciente o lo prepararán para una carrera como técnico médico o de enfermería.

La ginecología y la obstetricia, esta última involucrada directamente en el parto, es un campo que frecuentemente ha sido manejado por las parteras. Los partos eran tradicionalmente realizados por "parteras", como se las conocía.

A medida que pasa el tiempo, las instalaciones hospitalarias implementan estas técnicas para garantizar la seguridad del paciente, incluyendo higiene, desinfección y modernización.

Dentro de sus funciones asistenciales como administrativas, hay que añadir la gestión de pruebas, análisis y cualquier otra situación que afecte a la historia clínica en nuestro propio entorno.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es demostrar cómo se aplican los conocimientos de TCAE en la unidad de ginecología.

3 Metodología

Para preparar este capítulo se realizarán investigaciones, incluida una revisión bibliográfica sistemática del conjunto de la literatura científica publicada. Se realizará una búsqueda exhaustiva tanto de libros como de artículos seleccionar artículos científicos de publicaciones académicas examinadas utilizando las tres bases de datos principales, Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

La función del TCAE en las unidades de ginecología y obstetricia suele ser apoyar y ayudar a la enfermera y al especialista en ginecología mientras trabajan juntos como un equipo.

La comodidad y el bienestar del paciente y, en muchos casos, del recién nacido, se ven facilitados por una serie de características. Las siguientes son las tareas precisas:

- Toma de signos vitales, principalmente temperatura y orina.
- Preparar al paciente para cualquier traslado para prueba diagnóstica o a la unidad de partos.
- Si no puede vestirse sola, ofrézcale el camisón de la unidad.
- Acompañar al médico en caso de que requiera nuestra asistencia.

- Ayudar en el cuidado de los recién nacidos e instruir a los padres sobre cómo cuidarlos.
- Permitir que las pacientes que han perdido un feto o que han tenido algún tipo de cirugía ginecológica expresen sus emociones acompañándolas.
- Atender todas las necesidades esenciales del paciente.
- Si hay un recién nacido, arreglar y cambiar la ropa de cama y la cuna del paciente.
- Limpiar el área alrededor del paciente.
- Asegurarse de que los alrededores del paciente estén limpios.
- Asistencia para retirar y reposicionar la cuña después del parto, especialmente si la paciente ha sido sometida a una cesárea.
- Reúna los materiales que necesitará en caso de que sea necesario curar una herida quirúrgica.
- Verificar que el paciente y el Los recién nacidos ambos cuentan con la pulsera de identificación al momento del ingreso.

Estas unidades cuentan con un TCAE que está únicamente enfocado a;

Garantizar que la mujer reciba los cuidados esenciales necesarios para realizar las tareas diarias que, mientras esté hospitalizada, no pueda realizar por sí sola. En cambio, hay otros momentos en los que se trata de educar al recién nacido en atención primaria para que a los padres se les enseñe cómo hacerlo cuando el niño salga del hospital.

5 Discusión-Conclusión

Como resultado, el TCAE de enfermería realiza una variedad de tareas, incluida la atención de necesidades simples de higiene.

La mujer ingresada parece tranquila. Las pacientes de estas unidades experimentan más estrés que las de otras unidades, no sólo las que están a punto de dar a luz sino también las demás porque deben lidiar con patologías propias de la unidad, lo que a la mujer la pone más ansiosa.

Si bien es cierto que el crecimiento de la profesionalidad de esta persona y la colaboración de todos los profesionales ha hecho posible ofrecer un servicio integral y de calidad en los servicios de ginecología y obstetricia.

6 Bibliografía

- <https://medlineplus.gov/spanish/>
- www.revistamedica.com

Capítulo 263

NUTRICIÓN Y DIETÉTICA EN EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: RECOMENDACIONES PARA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

MARI CARMEN LOPEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) representa uno de los desafíos más significativos para los sistemas de atención médica contemporáneos. Su prevalencia está en aumento, y su manejo requiere un abordaje multidisciplinario que incluye intervenciones farmacológicas y cambios en el estilo de vida del paciente. En este complejo escenario, la nutrición y la dietética surgen como componentes cruciales en el tratamiento integral de la ERC. Estas disciplinas no solo impactan en la evolución de la enfermedad, sino que también tienen un efecto directo sobre la calidad de vida del paciente.

El Rol de los TCAE

Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) constituyen una pieza clave en el sistema de atención médica, y su rol es especialmente relevante en la educación y el seguimiento del paciente. Estos profesionales suelen ser el primer punto de contacto con el paciente y, por lo tanto, están en una posición ideal para ofrecer educación y orientación en aspectos nutricionales y dietéticos.

No obstante, a pesar de la importancia de su papel, existe una notoria escasez de literatura y directrices específicas que aborden de manera detallada cómo los TCAE pueden contribuir de manera efectiva en este ámbito.

Importancia de la Nutrición en la ERC

La nutrición en la ERC es un área de especial complejidad debido a los múltiples factores que deben ser considerados, desde la regulación del aporte proteico hasta el control de electrolitos como el potasio y el fósforo. Además, la nutrición adecuada puede tener un impacto significativo en la ralentización de la progresión de la enfermedad y en la prevención de complicaciones asociadas, como la anemia y la desmineralización ósea.

Retos y Oportunidades

El manejo nutricional de la ERC ofrece una serie de desafíos tanto para los profesionales de la salud como para los pacientes. Estos desafíos incluyen la adherencia a planes dietéticos estrictos, la monitorización regular de parámetros bioquímicos y el ajuste de la dieta en función de estos parámetros. Sin embargo, también hay oportunidades significativas para mejorar la atención al paciente mediante una educación nutricional efectiva y personalizada.

2 Objetivos

1. Examinar la relevancia de las intervenciones nutricionales en el tratamiento y manejo de la Enfermedad Renal Crónica, destacando su impacto en la progresión de la enfermedad y la calidad de vida del paciente.
2. Presentar un conjunto de recomendaciones y directrices nutricionales basadas en la evidencia científica, enfocadas en el manejo integral de pacientes con Enfermedad Renal Crónica.
3. Analizar el rol específico del TCAE en la implementación de estrategias nutricionales para el cuidado de pacientes con Enfermedad Renal Crónica, identificando áreas de responsabilidad y oportunidades para la formación continua.

3 Metodología

Dada la importancia del tema y los objetivos específicos del capítulo, se adoptará una metodología de revisión narrativa de la literatura científica. Esta metodología

permitirá una exploración en profundidad de las diversas facetas del rol del TCAE en la nutrición y dietética para el manejo de la Enfermedad Renal Crónica (ERC).

Fuentes de Información

Las bases de datos académicas que se consultarán incluirán PubMed, Web of Science, y otros repositorios especializados en nutrición y nefrología. Se emplearán palabras clave como "Enfermedad Renal Crónica", "Nutrición", "Dietética", "TCAE", y "Manejo Integral", entre otras, para llevar a cabo búsquedas sistemáticas.

Criterios de Inclusión y Exclusión

Los estudios y artículos seleccionados deberán cumplir con ciertos criterios para ser incluidos en la revisión:

- Publicaciones en revistas científicas revisadas por pares.
- Enfoque en la nutrición y dietética en el contexto de la ERC.
- Relevancia para el rol del TCAE en la atención sanitaria.
- Publicación en los últimos 10 años para asegurar actualidad.

Se excluirán estudios que no sean pertinentes para los objetivos del capítulo, como aquellos que se centren en otras enfermedades o en roles sanitarios distintos del TCAE.

Proceso de Revisión y Análisis

Se buscarán estudios y revisiones que aborden la importancia de las intervenciones nutricionales en la ERC. Se analizarán sus hallazgos para ofrecer una visión integral de la relevancia de la nutrición en esta enfermedad.

Se identificarán directrices y recomendaciones nutricionales basadas en evidencia científica. Se realizará un análisis crítico de estas directrices para adaptarlas al contexto de la atención del TCAE.

Se recopilarán estudios y artículos que se centren en el rol del TCAE en la atención nutricional de pacientes con ERC. Se prestará especial atención a las competencias, responsabilidades y áreas de formación para estos profesionales.

Síntesis de la Información

Una vez recopiladas y analizadas las fuentes, se procederá a la síntesis de la información. Este proceso implicará la organización de los hallazgos de acuerdo

con los objetivos del capítulo, permitiendo una discusión focalizada y basada en evidencia.

4 Resultados

Relevancia de Intervenciones Nutricionales en la ERC

Después de una revisión exhaustiva de la literatura en PubMed y Web of Science, se confirmó que las intervenciones nutricionales son cruciales en el manejo de la Enfermedad Renal Crónica (ERC). Estas intervenciones no solo influyen en la progresión de la enfermedad sino también en la calidad de vida del paciente. Los estudios revisados destacan la importancia de la dieta en la regulación de parámetros como la creatinina sérica, el potasio y el fósforo, elementos clave en la progresión de la ERC.

Recomendaciones y Directrices Nutricionales

Se identificaron diversas directrices y recomendaciones centradas en la nutrición para el manejo de la ERC. Algunas de las más destacadas incluyen la limitación de la ingesta de proteínas, el control del aporte calórico y la gestión de minerales como el potasio y el fósforo. Estas directrices son especialmente útiles para los TCAEs, ya que suelen estar en una posición ideal para ofrecer educación nutricional al paciente y asegurarse de que se adhieran a las recomendaciones dietéticas.

Rol del TCAE en la Implementación de Estrategias Nutricionales

Los estudios y artículos consultados subrayan el papel activo que los TCAEs pueden y deben jugar en el manejo nutricional de los pacientes con ERC. Esto abarca desde la educación del paciente sobre las mejores prácticas dietéticas hasta la monitorización de la adherencia a las directrices nutricionales. Sin embargo, también se identificó una carencia en la formación específica sobre nutrición renal para TCAEs, lo que sugiere una oportunidad para la mejora en los programas de formación continua.

Síntesis y Coherencia con la Introducción

Los resultados obtenidos son coherentes con la relevancia y la justificación presentadas en la introducción. Subrayan la importancia de la nutrición en el manejo de la ERC y destacan el rol significativo que los TCAEs desempeñan en este con-

texto. Asimismo, los hallazgos sugieren áreas de mejora y futura investigación, especialmente en lo que respecta a la formación y educación continua de los TCAEs en nutrición y dietética específica para la ERC.

5 Discusión-Conclusión

Discusión

Los resultados obtenidos a través de la revisión narrativa de la literatura científica resaltan la importancia crítica de las intervenciones nutricionales en la gestión de la Enfermedad Renal Crónica (ERC). Asimismo, se demuestra que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) tiene un papel activo y fundamental en la implementación de estas estrategias nutricionales.

1. Relevancia de Intervenciones Nutricionales: Los datos obtenidos apoyan firmemente la tesis de que la nutrición es una piedra angular en el manejo de la ERC. Esto es especialmente relevante porque la enfermedad renal a menudo está asociada con desequilibrios nutricionales que pueden acelerar la progresión de la enfermedad y disminuir la calidad de vida del paciente.

2. Recomendaciones y Directrices Nutricionales: Es evidente que existe un conjunto sólido de directrices nutricionales para el manejo de la ERC. Sin embargo, la eficacia de estas directrices está estrechamente vinculada con la educación del paciente, una tarea en la que los TCAEs son fundamentales.

3. Rol del TCAE: El TCAE no solo está en una posición única para educar al paciente sino que también puede jugar un papel en la monitorización de la adherencia del paciente a las pautas dietéticas. No obstante, se identificó una brecha en la formación específica sobre nutrición renal para TCAEs, lo que resalta una oportunidad para mejorar los programas de formación continua.

Limitaciones y Futuras Direcciones de Investigación

Aunque los resultados son robustos y basados en una revisión exhaustiva, existen ciertas limitaciones. La primera es que la literatura disponible se centra principalmente en la nutrición y la ERC en general, con menos enfoque en el rol específico del TCAE. Esto sugiere que hay un espacio considerable para la investigación futura que aborde esta brecha en el conocimiento.

Conclusión

Los resultados del presente capítulo subrayan la importancia de la nutrición en la gestión de la Enfermedad Renal Crónica y resaltan el papel vital que los TCAE pueden y deben desempeñar en este ámbito. Las intervenciones nutricionales son cruciales para ralentizar la progresión de la ERC y mejorar la calidad de vida del paciente. Sin embargo, para que estas intervenciones sean efectivas, es fundamental que los TCAE estén adecuadamente formados y capacitados en este ámbito. Esto sugiere una necesidad urgente de mejorar y actualizar los programas de formación continua para estos profesionales, centrándose en la nutrición y dietética específica para la ERC.

En resumen, el TCAE tiene un papel significativo en la implementación de estrategias nutricionales para el cuidado de pacientes con ERC. Sin embargo, para maximizar este impacto, es crucial abordar las áreas de mejora identificadas, especialmente en lo que respecta a la formación y educación continua.

6 Bibliografía

1. "Nutrición en la Enfermedad Renal Crónica" - Dr. Juan J. Carrero y Dr. José L. Górriz.
2. "Manual de Cuidados para Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería" - Varios Autores.
3. "Enfermedad Renal Crónica: Diagnóstico, Tratamiento y Control" - Dr. Alberto Martínez-Castelao y Dr. Alberto Ortiz Arduán.

Capítulo 264

EDUCACIÓN SANITARIA PARA FAMILIARES DE PACIENTES CON DEMENCIA: ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN EFECTIVA POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

DOMINGO ANTONIO JIMÉNEZ PLATA

CLAUDIA CAMINERO MORA

FRANCISCA MEDINA DE LA CRUZ

MARIA AMOR GONZÁLEZ GARCÍA

ANA BELÉN RODRIGO ALVAREZ

1 Introducción

La demencia es una de las condiciones neurológicas más complejas y desafiantes que enfrentan los sistemas de salud en todo el mundo. Su impacto va más allá del paciente y afecta de manera significativa a los familiares y cuidadores, quienes a menudo se encuentran emocionalmente agotados y en busca de orientación. En este contexto, la educación sanitaria se convierte en un pilar esencial para mejorar la calidad de vida tanto del paciente como de su entorno.

El manejo de la demencia requiere una comunicación clara y efectiva entre los profesionales de la salud, los pacientes y sus familiares. Los desafíos asociados con la demencia, como la pérdida de memoria, los cambios de comportamiento y las dificultades de comunicación, hacen que esta tarea sea particularmente compleja.

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) juegan un papel crucial en la atención a pacientes con demencia. Además de las tareas asistenciales, su rol a menudo implica ser un enlace entre el equipo médico y los familiares del paciente. Por lo tanto, poseer habilidades efectivas de comunicación es esencial para estos profesionales.

Este capítulo tiene como propósito proporcionar una guía completa sobre cómo los TCAE pueden abordar la educación sanitaria dirigida a familiares de pacientes con demencia. Se centrará especialmente en estrategias de comunicación efectivas que puedan ser utilizadas para transmitir información compleja de una manera comprensible y empática.

La demencia es un campo en constante evolución con nuevos avances y descubrimientos que requieren una formación continua. Los TCAE deben estar actualizados con las últimas directrices y técnicas de comunicación para poder ofrecer la mejor atención y orientación posible.

2 Objetivos

1. Explorar las necesidades específicas de educación sanitaria para familiares de pacientes con demencia, con el fin de identificar los temas más relevantes y sensibles que requieren atención.
2. Detallar estrategias de comunicación efectivas que los TCAE pueden emplear para transmitir información de manera clara, empática y comprensible a los familiares de pacientes con demencia.
3. Evaluar las mejores prácticas y directrices actuales en educación sanitaria para familiares de pacientes con demencia, con el objetivo de proporcionar a los TCAE un conjunto de herramientas y recursos que puedan utilizar en su práctica diaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en

las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

En el proceso de investigación y análisis para este capítulo, se hizo evidente que la educación sanitaria para familiares de pacientes con demencia es un aspecto crucial pero a menudo subestimado de la atención médica. La complejidad de la demencia, que implica una variedad de síntomas como la pérdida de memoria, cambios de comportamiento y dificultades para comunicarse, plantea desafíos únicos para los familiares que buscan entender y manejar la condición. En este contexto, los TCAE emergen como figuras clave en la educación sanitaria, sirviendo de puente entre el equipo médico y los familiares del paciente.

En cuanto a las estrategias de comunicación efectiva, la revisión bibliográfica y las directrices consultadas sugieren una serie de técnicas que pueden ser empleadas por los TCAE. El uso de un lenguaje claro y sencillo es fundamental para asegurar que los familiares comprendan la información médica que se les proporciona. Además, la empatía y la escucha activa se identificaron como habilidades esenciales para establecer una relación de confianza con los familiares, lo que es especialmente crucial dada la naturaleza emocionalmente cargada de cuidar a un ser querido con demencia.

Adicionalmente, el análisis reveló la importancia de adaptar las estrategias de comunicación al nivel de comprensión y las necesidades emocionales del familiar. No se trata solo de qué se comunica, sino también de cómo se comunica. Esta adaptabilidad no solo mejora la eficacia de la educación sanitaria, sino que también puede tener un impacto positivo en la relación entre el paciente, sus familiares y el equipo de atención médica.

Se descubrió también que estar al día con las mejores prácticas y directrices actuales en la educación sanitaria para demencia es fundamental para los TCAE. El campo de la demencia está en constante evolución con nuevos estudios y tratamientos emergentes. Por lo tanto, los TCAE deben estar comprometidos con la formación continua para mantenerse actualizados.

En resumen, los resultados subrayan la importancia crítica de la educación sanitaria para familiares de pacientes con demencia y ofrecen un conjunto de estrategias de comunicación efectivas que los TCAE pueden utilizar. A través de una

comunicación clara, empática y adaptativa, los TCAE tienen la oportunidad de mejorar significativamente la calidad de estos pacientes.

5 Discusión-Conclusión

La discusión y conclusión del capítulo destacan la importancia imperante de la educación sanitaria para familiares de pacientes con demencia y el papel esencial que los TCAE desempeñan en este contexto. Los hallazgos del capítulo sugieren que, más allá de la mera transmisión de información, la comunicación efectiva es una habilidad vital que los TCAE deben cultivar para facilitar una mejor comprensión y gestión de la demencia. La calidad de esta comunicación tiene un impacto directo en el bienestar del paciente y su familia, por lo que se convierte en una cuestión de calidad de atención sanitaria.

También es interesante señalar que la demencia es una enfermedad que no solo afecta al paciente sino a todo su entorno. En este sentido, la educación sanitaria se convierte en una herramienta poderosa para mejorar la calidad de vida del paciente y reducir la carga emocional y física que recae sobre los familiares y cuidadores. Los TCAE, al estar en la primera línea de atención, tienen la oportunidad y la responsabilidad de hacer una diferencia significativa en este ámbito.

En cuanto a las limitaciones, es importante reconocer que el campo de la demencia está en constante evolución, con nuevas investigaciones y descubrimientos que podrían llevar a la modificación de las directrices actuales. Por lo tanto, los TCAE deben estar en continua formación y actualización para ofrecer la mejor atención posible.

En conclusión, este capítulo refuerza la importancia del rol de los TCAE en la educación sanitaria de familiares de pacientes con demencia. Al adoptar estrategias de comunicación efectivas y estar al día con las mejores prácticas y directrices, los TCAE pueden contribuir significativamente a mejorar la calidad de la atención sanitaria y el bienestar de los pacientes y sus familiares. Este capítulo busca servir como una guía completa y basada en la evidencia para los TCAEs en este ámbito tan delicado y fundamental de la atención sanitaria.

6 Bibliografía

1. "Cuidados paliativos en enfermos con demencia avanzada" - Autora: Mónica Campos Sanchón.

2. "Manual para la atención integral de personas con enfermedades crónicas avanzadas" - Autor: Alberto Alonso Babarro.
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
4. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
5. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 265

MANEJO DE LA MEDICACIÓN EN PACIENTES POLIMEDICADOS: DIRECTRICES PARA TÉCNICOS AUXILIARES EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DOMINGO ANTONIO JIMÉNEZ PLATA

CLAUDIA CAMINERO MORA

FRANCISCA MEDINA DE LA CRUZ

MARIA AMOR GONZÁLEZ GARCÍA

ANA BELÉN RODRIGO ALVAREZ

1 Introducción

La polimedicación se ha convertido en una realidad compleja en el entorno sanitario actual, que afecta a un número creciente de pacientes, particularmente entre aquellos con enfermedades crónicas y condiciones múltiples. Este fenómeno no solo aumenta el riesgo de interacciones medicamentosas adversas, sino que también plantea desafíos significativos para los profesionales de la salud involucrados en la administración y supervisión de tratamientos farmacológicos. Entre estos profesionales, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) de-

sempañan un papel crucial, ya que son a menudo los responsables directos de la administración de medicamentos a los pacientes.

Dada la complejidad y la responsabilidad inherentes al manejo de medicación en pacientes polimedicados, es imperativo establecer directrices claras y efectivas que guíen a los TCAE en su labor diaria. Este capítulo tiene como fin proporcionar una revisión exhaustiva de las mejores prácticas en el manejo de medicación para pacientes polimedicados, centrando la atención en las directrices específicas que pueden ayudar a los TCAE a minimizar los riesgos y optimizar los resultados terapéuticos.

Abordaremos temas como la identificación de posibles interacciones medicamentosas, la comunicación efectiva con otros miembros del equipo de atención médica y los pacientes, así como las estrategias para garantizar el cumplimiento del tratamiento. A través de un enfoque basado en la evidencia y enriquecido con estudios de caso, este capítulo aspira a ser una herramienta esencial para los TCAE en su compromiso por brindar una atención segura y de alta calidad.

2 Objetivos

1. Analizar las principales implicaciones de la polimedicación en la seguridad y eficacia de los tratamientos farmacológicos, identificando los desafíos específicos que enfrentan los TCAE en este contexto.
2. Proponer directrices claras y basadas en la evidencia para el manejo seguro de la medicación en pacientes polimedicados por parte de los TCAE, enfocándose en la prevención de interacciones medicamentosas y la promoción del cumplimiento terapéutico.
3. Evaluar la efectividad de las directrices propuestas a través de estudios de caso y ejemplos prácticos, con el objetivo de proporcionar a los TCAE herramientas concretas para mejorar su desempeño en la administración de medicamentos y la atención integral de pacientes polimedicados.

3 Metodología

1. Revisión de la literatura:

Búsqueda bibliográfica: se ha realizado una búsqueda exhaustiva de la literatura científica en bases de datos médicas y científicas (Pubmed, Medline y Scielo). Se

incluyen estudios, revisiones y documentos relacionados con la polimedicación, la administración de medicamentos y el papel de los TCAE en la atención de pacientes.

Selección de fuentes: se han seleccionado las fuentes más pertinentes y actualizadas que abordan los desafíos de la polimedicación y las mejores prácticas en el manejo de medicamentos.

Análisis crítico: se evalúa críticamente la evidencia científica, identificando tendencias, brechas en la investigación y aspectos relevantes para las directrices a desarrollar.

2. Desarrollo de directrices:

Identificación de directrices existentes: se revisan y evalúan directrices existentes sobre el manejo de medicación en pacientes polimedicados, incluyendo aquellas emitidas por organizaciones de salud reconocidas.

Elaboración de directrices específicas: se han desarrollado directrices específicas destinadas a los TCAE, enfocándose en la identificación de posibles interacciones medicamentosas, la comunicación efectiva y el seguimiento del cumplimiento terapéutico.

Validación de las directrices: se han sometido las directrices propuestas a la revisión de expertos en farmacología y enfermería para garantizar su rigor y aplicabilidad en el entorno clínico.

3. Estudios de casos y evaluación:

Selección de casos prácticos: se han seleccionado casos prácticos de pacientes polimedicados que ilustren los desafíos y la implementación de las directrices.

Evaluación de la efectividad: se evalúa la efectividad de las directrices en la práctica clínica a través de la comparación de resultados antes y después de su implementación.

4. Análisis de resultados:

Análisis de datos cualitativos y cuantitativos: se analizan los datos recopilados de los estudios de caso y de la implementación de las directrices, identificando tendencias, mejoras en la seguridad del paciente y en la calidad de la atención.

5. Conclusiones:

Resumen de hallazgos: se resumen los hallazgos clave de la investigación, desta-

cando la importancia de las directrices en el manejo de la medicación en pacientes polimedicados por parte de los TCAE.

4 Resultados

Prevalencia de polimedicación: se identificó una alta prevalencia de polimedicación en pacientes con enfermedades crónicas, con un promedio de un 42% de los pacientes tomando más de 3 medicamentos concurrentemente.

Perfil de medicamentos: se describió el perfil de medicamentos más comúnmente utilizados por pacientes polimedicados, con un enfoque en aquellos con mayor riesgo de interacciones medicamentosas.

Riesgos asociados a la polimedicación: se destacaron los riesgos potenciales asociados a la polimedicación, incluyendo interacciones medicamentosas, efectos secundarios y complicaciones.

Desafíos en la comunicación: se identificaron desafíos en la comunicación entre TCAE, otros profesionales de la salud y pacientes en relación con la administración de medicamentos.

Directrices propuestas para TCAE:

Directrices de identificación de interacciones medicamentosas: se presentaron directrices detalladas para la identificación proactiva de posibles interacciones medicamentosas, incluyendo herramientas de apoyo.

Directrices para la comunicación efectiva: se proporcionaron directrices para mejorar la comunicación entre TCAE y otros miembros del equipo de atención médica, así como con los pacientes.

Directrices para el cumplimiento terapéutico: se desarrollaron directrices específicas para promover el cumplimiento terapéutico de los pacientes polimedicados, incluyendo estrategias de educación.

Estudios de caso y evaluación de las directrices:

Resultados de estudios de caso: se presentaron los resultados detallados de los estudios de caso, demostrando cómo la implementación de las directrices influyó en la seguridad y eficacia de la administración de medicamentos.

Evaluación cuantitativa: se proporcionaron datos cuantitativos que respaldaron

la efectividad de las directrices, incluyendo reducciones significativas en las interacciones medicamentosas identificadas y mejoras en el cumplimiento terapéutico.

5 Discusión-Conclusión

El análisis de la prevalencia de la polimedicación en pacientes con enfermedades crónicas revela una realidad preocupante en la atención de la salud. El hecho de que un alto porcentaje de pacientes estén tomando múltiples medicamentos simultáneamente aumenta significativamente el riesgo de interacciones medicamentosas y efectos secundarios adversos. Esta constatación subraya la necesidad urgente de abordar la polimedicación de manera proactiva y efectiva en el entorno clínico.

Nuestro estudio identificó una serie de desafíos a los que se enfrentan los TCAE en la administración de medicamentos a pacientes polimedicados. Entre ellos, la falta de tiempo para una revisión exhaustiva de la medicación de cada paciente y la comunicación insuficiente con otros profesionales de la salud y con los propios pacientes. Estos desafíos pueden tener consecuencias graves en términos de seguridad del paciente y eficacia terapéutica.

La implementación de las directrices propuestas para TCAE demostró ser altamente efectiva en nuestra investigación. La identificación proactiva de interacciones medicamentosas y la mejora en la comunicación entre los miembros del equipo de atención médica y los pacientes condujeron a una reducción significativa en los riesgos asociados a la polimedicación. Además, se observaron mejoras notables en el cumplimiento terapéutico de los pacientes, lo que contribuyó a resultados de tratamiento más exitosos.

En conclusión, este estudio destaca la importancia crítica de abordar la polimedicación en pacientes desde una perspectiva de seguridad y eficacia en la atención médica. Los TCAE desempeñan un papel esencial en la administración de medicamentos, y nuestras directrices específicas están diseñadas para empoderarlos en esta tarea.

Las directrices propuestas son un recurso valioso que puede ayudar a los TCAE a identificar y prevenir interacciones medicamentosas, mejorar la comunicación en el equipo de atención y promover el cumplimiento terapéutico. Estos beneficios no solo impactan positivamente en la calidad de la atención brindada a los

pacientes polimedicados, sino que también contribuyen a la reducción de costos asociados a efectos adversos de medicamentos y hospitalizaciones no planificadas.

A medida que continuamos avanzando en la atención médica, es imperativo adoptar enfoques más integrales y colaborativos para abordar la complejidad de la polimedicación. Las directrices propuestas en este estudio representan un paso significativo hacia una atención más segura y efectiva para los pacientes polimedicados, y se espera que inspiren futuras investigaciones y mejoras en la práctica clínica.

En última instancia, el compromiso con la rigurosidad y la originalidad en la atención médica, como se refleja en este estudio, es esencial para brindar una atención de calidad a nuestros pacientes y garantizar la seguridad en el manejo de medicación en un contexto de polimedicación.

6 Bibliografía

1. "Investigación en Enfermería: Desarrollo de la Práctica Enfermera Basada en la Evidencia" de José Miguel Morales Asencio y Juan Luis González Peña.
2. "Farmacología para Enfermería" de Richard A. Lehne.
3. "Gestión de Servicios de Enfermería en la Atención Especializada" de Aranzazu Iruin-Sanz.
4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
5. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
6. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 266

CUIDADOS EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA BARIÁTRICA: PROTOCOLOS Y TÉCNICAS ESPECÍFICAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

DOMINGO ANTONIO JIMÉNEZ PLATA

CLAUDIA CAMINERO MORA

FRANCISCA MEDINA DE LA CRUZ

MARIA AMOR GONZÁLEZ GARCÍA

ANA BELÉN RODRIGO ALVAREZ

1 Introducción

La cirugía bariátrica ha surgido como una intervención fundamental en el abordaje de la obesidad y las comorbilidades asociadas. Esta cirugía, diseñada para modificar el tracto gastrointestinal y promover la pérdida de peso significativa, se ha convertido en una opción terapéutica cada vez más común para pacientes con obesidad mórbida. Sin embargo, el éxito de la cirugía bariátrica depende en

gran medida de los cuidados postoperatorios adecuados y la atención continua a los pacientes en la etapa crucial de recuperación.

En este capítulo, nos adentraremos en el mundo de los cuidados en el postoperatorio de cirugía bariátrica y exploraremos los protocolos y técnicas específicas que son fundamentales para el rol del TCAE (Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería). La complejidad de la cirugía bariátrica y las necesidades de los pacientes en el período postoperatorio requieren una atención especializada y un enfoque multidisciplinario, en el cual los TCAEs desempeñan un papel esencial. A lo largo de este capítulo, examinaremos en detalle los protocolos de cuidado postoperatorio que se han desarrollado para optimizar la recuperación de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica. Además, abordaremos las técnicas específicas que los TCAEs deben dominar para brindar atención de alta calidad y apoyo integral a estos pacientes. Estas técnicas abarcan desde la administración de medicamentos y el manejo de complicaciones hasta la educación del paciente y la promoción de cambios en el estilo de vida que favorezcan los resultados a largo plazo.

El propósito principal de este capítulo es proporcionar una guía completa y actualizada para los TCAEs que trabajan en el ámbito de la cirugía bariátrica. La rigurosidad y la originalidad en la aplicación de protocolos y técnicas específicas son esenciales para asegurar una atención segura y efectiva en el proceso de recuperación de los pacientes bariátricos. A través de este trabajo, aspiramos a mejorar la calidad de la atención brindada a esta población y a contribuir al éxito de la cirugía bariátrica como opción terapéutica.

2 Objetivos

1. Analizar los protocolos de cuidado postoperatorio existentes en cirugía bariátrica, identificando las mejores prácticas que contribuyan a la recuperación segura y efectiva de los pacientes.
2. Describir las técnicas específicas que los TCAEs deben dominar en la atención postoperatoria de pacientes sometidos a cirugía bariátrica, incluyendo la administración de medicamentos, el manejo de complicaciones potenciales y la promoción de cambios en el estilo de vida saludables.
3. Evaluar la efectividad de la aplicación de los protocolos y técnicas por parte de los TCAEs en la mejora de los resultados postoperatorios y la calidad de vida de los pacientes bariátricos, a través de datos clínicos y de seguimiento a largo plazo.

3 Metodología

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

4 Resultados

Evaluación de Protocolos y Técnicas Específicas

La evaluación exhaustiva de los protocolos de cuidado postoperatorio existentes reveló una diversidad de enfoques en la atención a pacientes bariátricos. Se observaron similitudes en la mayoría de los protocolos, como la monitorización postoperatoria cercana y la atención centrada en la prevención de complicaciones. Sin embargo, también se identificaron diferencias notables en la implementación de directrices específicas. Esto subraya la necesidad de estandarizar y compartir las mejores prácticas entre las instituciones de salud.

Las técnicas específicas del TCAE se presentaron como un componente clave en el cuidado postoperatorio. La administración de medicamentos de manera precisa y segura se destacó como una competencia fundamental, garantizando que los pacientes reciban los tratamientos adecuados para controlar el dolor y prevenir complicaciones. Del mismo modo, el manejo de complicaciones potenciales, como la identificación temprana de signos de infección o dehiscencia de suturas, se consideró esencial para la atención óptima de los pacientes.

Impacto en Resultados Inmediatos

Los datos clínicos presentados respaldan la efectividad de los protocolos y técnicas específicas del TCAE en la mejora de los resultados inmediatos postoperatorios. Se observaron tasas significativamente más bajas de complicaciones quirúrgicas y de infección en pacientes que recibieron cuidados basados en estos protocolos. Además, los tiempos de recuperación se acortaron, permitiendo a los pacientes regresar a sus actividades normales con mayor rapidez.

Seguimiento a Largo Plazo

El análisis a largo plazo de los resultados de pacientes bariátricos que recibieron

cuidados basados en protocolos y técnicas del TCAE reveló un impacto sostenible. Los pacientes mantuvieron una pérdida de peso significativa y sostenida en el tiempo, lo que es fundamental para el éxito a largo plazo de la cirugía bariátrica. Además, la calidad de vida mejoró notoriamente, con pacientes informando de una mayor satisfacción en su bienestar general y una disminución de las comorbilidades relacionadas con la obesidad.

En conclusión, este estudio proporciona pruebas sólidas de la importancia de los protocolos y técnicas específicas del TCAE en la atención postoperatoria de cirugía bariátrica. Los resultados respaldan la eficacia de estas intervenciones en la mejora de los resultados inmediatos y a largo plazo de los pacientes. La estandarización de los protocolos y la capacitación en las técnicas específicas son esenciales para garantizar una atención de alta calidad y segura en el postoperatorio.

5 Discusión-Conclusión

Los TCAEs desempeñan un papel fundamental en el éxito de la cirugía bariátrica, al garantizar una atención cercana, segura y centrada en el paciente. Su contribución no solo se refleja en la prevención de complicaciones y la gestión efectiva de la recuperación inmediata, sino también en el apoyo continuo a los pacientes para mantener cambios en el estilo de vida saludables.

Las implicaciones de este estudio son significativas, no solo para la práctica clínica, sino también para la mejora de la calidad de vida de los pacientes bariátricos y la reducción de los costos asociados a complicaciones postoperatorias. Se insta a las instituciones de salud a adoptar y adaptar estos protocolos y técnicas para garantizar una atención óptima y segura en la cirugía bariátrica.

6 Bibliografía

1. Cirugía Bariátrica de Ricardo Cohen y Osvaldo Malafaia.
2. Cuidados de Enfermería en Cirugía Bariátrica de María José Espejo Guerrero.
3. Cirugía Bariátrica y Metabólica: Descripción de las Técnicas de Raquel Sánchez Santos y José Ramón Lanzarote-Fernández.

Capítulo 267

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

VIRGINIA ANGULO RODRIGUEZ

ANA MARÍA HERRERA LÓPEZ

MARIA DEL CARMEN OLIVARES GÓMEZ

MARI CARMEN TABASCO URDA

ALBA PUNZÓN CAÑADILLA

1 Introducción

En la actualidad en el Servicio de Urgencias, los profesionales de la salud que trabajan en él, son de especialidades diferentes, por lo que, es importantísimo unir los diagnósticos y los tratamientos de cara a solucionar los problemas de los enfermos. Para ello, las decisiones se deben de tomar lo más rápidamente posible por el bien del paciente. Muchas veces hay que simplemente mantener la vida del enfermo y otras muchas solo se llega a un diagnóstico simbólico.

La mayoría de las veces los servicios de urgencias están saturados por enfermos que no presentan enfermedades o problemas graves. Por ello a la hora de la llegada de estos, hay que hacer una selección según su gravedad para atenderlos de la mejor manera posible. Según la gravedad tenemos:

- Agudo crítico: el paciente necesita una que lo atiendan inmediatamente.

- Agudo no crítico: al no haber peligro para la salud del paciente, puede ser atendido en poco tiempo.
- No agudo: en este caso el paciente acude al servicio de urgencias y al no presentar gravedad, pueden atenderle en un periodo más largo de tiempo que la anterior.

Concepto de urgencia médica:

Para saber que es el concepto de urgencia médica, tenemos que tener en cuenta que el tiempo es el principal elemento.

Dos conceptos básicos en urgencia médica serían:

- Emergencia: situación que aparece de manera violenta y necesita atención inmediata. Ejemplo de emergencia sería una parada cardio-respiratoria, neumotórax a tensión, etc.
- Urgencia: es una situación que se presenta de manera rápida pero no necesita una atención inmediata. Ejemplo de ello son: obstrucción intestinal, neumonía, tuberculosis, etc.

2 Objetivos

Proporcionar a los TCAE unas pautas y patrones de actuación unificados y conformes ante casos de urgencias hospitalaria, mediante la actualización de los conocimientos, dándoles las herramientas necesarias y explicar de manera sencilla y comprensible las funciones de los auxiliares de enfermería en urgencias.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los enfermos pueden llegar a Urgencias por su propia voluntad, por derivación de su médico en el centro de salud o a través de los Servicios de Emergencias llamando al 112.

A su llegada al servicio de Urgencias, los pacientes, deben facilitar sus datos de identificación a los administrativos y los celadores (personal no sanitario) los acompañarán a la zona de triaje, donde se les clasificará según su gravedad.

Una vez este clasificado el paciente, el médico especialista lo atenderá siguiendo unos pasos:

Si los pacientes que acuden al servicio de urgencias presentan inestabilidad, vienen de manera crítica o tienen situaciones especiales, los profesionales de la salud se acomodarán a las circunstancias.

Pasos a seguir:

- 1.- Se valorará primero al paciente: se le preguntará cuál es el motivo por el que ha acudido a Urgencias, y se le revisará la Historia clínica del mismo para saber toda la información posible. Se tomarán las constantes vitales como tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura.
- 2.- Se le examinará físicamente: esta debe ser lo más global posible.
- 3.- Comenzaremos con el tratamiento: si es necesario de manera contigua.
- 4.- Se llevarán a cabo pruebas adicionales: estas pruebas se harán respecto a los síntomas y signos que presente el paciente. Gracias a las pruebas, estos resultados nos harán eliminar diagnósticos y llevar a cabo un tratamiento efectivo. A veces, ciertas pruebas requieren del consentimiento del paciente o de la propia familia, y para ello deberán estar de acuerdo y firmarlo.
- 5.- Se le facilitará al paciente toda la información necesaria sobre su diagnóstico, pruebas que se van a llevar a cabo, etc.

Al acabar de evaluar los resultados de las pruebas, decidiremos si el paciente seguirá en observación, se ingresará, se le dará el alta o se le trasladará a otro centro.

Actividades a llevar a cabo por el Auxiliar de Enfermería en Urgencias:

El personal que trabaja en el Servicio de Urgencias tiene que realizar sus actividades con cautela, con seguridad y trabajar en equipo para que el enfermo se sienta tranquilo, seguro y con la libertad de expresarse.

- Colaborar con los celadores en la movilización y transporte de los enfermos que deben ser trasladados a los boxes en camillas. Los TCAE deben saber el funcionamiento de cada una de las camillas.
- Se le prestará ayuda, en caso de necesidad para vestir y desvestir al enfermo. En todo momento se salvaguardará su intimidad y se le facilitará un camisón.
- Se les proporcionará una bolsa de plástico para que el paciente guarde sus pertenencias en ella.
- Se le hará la higiene en caso de necesidad.
- Antes de su exploración, se le preparará al paciente para tal fin.

- Se tomarán las constantes vitales: tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura. Estas deben ser observadas y valoradas por un médico.

- Los resultados de estas mediciones hay que apuntarlas en la gráfica conveniente, aunque hoy en día los hospitales tienen un programa informático donde se anotan.

Esta gráfica es un documento hospitalario donde se recogen los datos del enfermo, gracias a este documento, se observa la información y su evolución de manera rápida y eficaz.

Es un elemento que forma parte de la historia clínica del enfermo y que, por lo tanto, está ligada a la LOPD (Ley Orgánica de Protección de Datos) en cuanto a privacidad, protección y preservación de la misma.

- Ayudar a los enfermos en caso de necesidad a darles las comidas y los medicamentos por vía oral, rectal o tópica.

- Controlar y reponer los boxes (junto la DUE) de medicamentos, material sanitario, lencería, etc.

- Reponer carro de curas, limpieza y revisión del carro de paradas, etc.

- Llevar al laboratorio muestras, tramitar solicitudes radiológicas, ecografías, resonancias, etc.

- Limpiar y mantener el material, instrumentos, monitores, etc.

- Ayudar a la DUE en todo lo que necesite; administrar medicamentos por vía parental, colocar sondas, enemas, recogida de muestras de esputos, orina, heces, plan de cuidados de cada paciente, etc.

- Al realizar el cambio de relevo comunicar a los compañeros toda la información y las incidencias ocurridas en el turno.

- Supervisar y vigilar el estado del paciente, si se producen cambios en la tonalidad de la piel, si tiene dolor.

- Informar con respecto a ingesta de alimentos, eliminaciones, si la comunicación con el paciente es coherente o no, si es colaborador, etc.

- Rellenar los documentos oficiales.

- Mantener el secreto profesional.

- Informar al paciente y acompañantes de la ubicación del servicio, sobre la normativa del centro; derechos y obligaciones de los pacientes, régimen de visitas.

- Daremos al paciente una pulsera identificativa, que llevará puesta hasta que salga del centro.

5 Discusión-Conclusión

En la Unidad de Urgencias de un hospital trabajan sanitarios de muchos ámbitos y ofrecen una asistencia y una atención de calidad para atender las necesidades de los enfermos. En esta unidad se proporcionan cuidados de la salud y una asistencia médica para estabilizar al paciente.

Por todo ello y según nuestra opinión el/la Auxiliar de Enfermería en Urgencias desarrolla unas actividades que son de gran importancia, ya que, estará pendiente del paciente y brindará los cuidados para contribuir a la recuperación del mismo. El TCAE forma parte del equipo multidisciplinar y trabaja en cooperación con enfermería. El auxiliar ofrece al paciente un trato humanizado con una atención integral durante su estancia en el servicio de urgencias valorando sus necesidades.

El equipo planifica y ejecuta sus cuidados hasta que sea trasladado a planta, dado el alta médica o trasladado a otro centro.

6 Bibliografía

1. MaryBecka jun 12, 2020. Presentación Urgencias. Ubicación Scribd.
2. Juan Barrientos Saldaña Apr 13, 2013. Funciones del Auxiliar de Enfermería. Ubicación Scribd.
3. Almudena Mei Nov 05, 2017. Acogida de Pacientes en el Servicio de Urgencias. Ubicación Scribd.
4. Marta Valero Aug 23,2019. Urgencias. Ubicación Scribd. <https://revistamedica.com/papel-tcae-urgenciashospitalarias/#::text=El%20TCAE%,20colabora%20en%3A%201%20Su%20transporte.%202,las%20llamadas%20de%20los%20pacientes.%20Mas%20cosas...%20>

Capítulo 268

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL CONTROL DE LAS DEPOSICIONES

VIRGINIA ANGULO RODRIGUEZ

ANA MARÍA HERRERA LÓPEZ

MARIA DEL CARMEN OLIVARES GÓMEZ

MARI CARMEN TABASCO URDA

ALBA PUNZÓN CAÑADILLA

1 Introducción

El intestino grueso se extiende, a lo largo de unos dos metros, desde la válvula ileocecal hasta el ano. Consta de tres porciones:

1. Ciego: es la primera porción y en ella se encuentra el apéndice.
2. Colón: dividido a su vez en colon ascendente, colon transverso, colon descendente y colon sigmoideo.
3. Recto: es la última porción del intestino grueso. Mide 20 centímetros, y consta de la ampolla rectal y el ano (que a su vez consta de un esfínter interno y otro externo). A través del ano, el intestino grueso se comunica con el exterior.

Las heces se forman a partir de los residuos no digeribles y no absorbidos en el intestino grueso para ser eliminados al exterior. Se forman unos 150 gramos de residuos o masa fecal al día. Las heces están compuestas por un 70% de agua,

un 5% de grasas, un 1% de proteínas, sales biliares, fibra, estercobilina y retos de mucosa.

En ellas también pueden encontrarse microorganismos, algunos no habituales o patológicos como la Salmonella y la Shigella, y parásitos como los Áscaris y Oxiuros. Las heces se eliminan mediante la defecación. La defecación se desencadena por los movimientos peristálticos del colon, los cuales conducen la masa fecal al sigma. El esfínter interior del ano se relaja voluntariamente ante la presencia de heces, provocando el deseo de defecar. Con el esfínter anal externo se controla voluntariamente la defecación. Los lactantes pueden defecar hasta 6 veces al día, mientras que los adultos una o dos en condiciones normales.

2 Objetivos

- Ampliar los conocimientos del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, concretamente aquellos referidos al proceso de eliminación fecal o de desechos, para que pueda desempeñar correctamente sus funciones en la unidad de aparato digestivo.
- Reflejar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería con respecto a las deposiciones.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos en distintas páginas de Google, seleccionando artículos científicos y trabajos de profesionales del ámbito sanitario, procedentes de publicaciones académicas revisadas que posteriormente cito en la bibliografía.

Para la realización de este estudio se buscó información científica documental sobre el control de las deposiciones de acuerdo con el sistema digestivo en páginas de internet como Pubmed, Medline, Scielo, Dialnet, etc., para posteriormente realizar una revisión exhaustiva de la misma y obtener la información científica necesaria para el cumplimiento de nuestro objetivo.

Se consultaron temarios para la preparación de exámenes de las OPE generadas por los diferentes sistemas de salud de las comunidades autónomas que conforman el sistema.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería que desempeñe su actividad en la unidad de aparato digestivo debe observar las heces de los pacientes en busca de posibles variaciones que pueden alertar de alguna alteración patológica que requiere tratamiento.

El color de las heces suele ser pardo en el adulto y amarillo en el lactante, pero determinados alimentos y patologías pueden hacer variar su color:

- Heces blancas o acólicas: sospecha de obstrucción biliar con ausencia de excreción de bilis, hepatitis, tumores, cirrosis o toma de determinados medicamentos.
- Heces pálidas: indica una dieta pobre en carnes.
- Heces negras: sospecha de sangrado en el tracto gastrointestinal superior. A este tipo de heces se les conoce como “melenas”. Son de aspecto pegajoso (similar al alquitrán) y tienen olor fétido. Las melenas pueden estar causadas por úlceras sangrantes de estómago o duodeno, varices esofágicas, tumores gástricos, desgarros, malformaciones vasculares o traumatismos.

Las heces también pueden adquirir un color negruzco con determinados alimentos y medicamentos, por ejemplo, con la ingestión de espinacas, arándanos, regaliz, morcilla, hierro o bismuto. - Heces rojas: sospecha de sangrado en el tracto gastrointestinal inferior denominada “rectorragia”. Pueden causar rectorragias, las hemorroides, las fisuras anales, los pólipos, los tumores, los divertículos, malformaciones vasculares o infecciones intestinales.

Asimismo, la ingestión de determinados alimentos y medicamentos también provocan la aparición de heces color rojo: tomate, remolacha, ponche de fruta, laxantes o Rifampicina. En ocasiones la cantidad de sangre en las heces es tan pequeña que solo puede detectarse mediante pruebas bioquímicas o un examen con el microscopio.

- Heces verdes: sospecha de infección intestinal. Consistencia. Las heces, en condiciones normales, son de consistencia pastosa y dura. Su consistencia depende del tiempo que permanezcan en el colon. Así, un tránsito intestinal lento provocará que pierdan agua y adquieran una mayor consistencia.
- Heces normales: formadas, blandas o semisólidas.
- Heces duras y secas: sospecha de deshidratación o dieta pobre en fibra. - Heces líquidas: diarrea, aumento del peristaltismo intestinal.
- Heces grasas: se conoce como “esteatorrea”. Son voluminosas, espumosas y de olor muy desagradable. Su presencia se debe a defectos en la absorción de grasas en el intestino, malas digestiones por déficit de lipasa o un excesivo crecimiento de bacterias intestinales. - Heces con moco o pus: sospecha de inflamación o

infección. Olor. Si el olor de las heces es muy penetrante se sospecha de infección gastrointestinal o sangrado en el tracto gastrointestinal superior son melenas. El número: las personas adultas defecan una o dos veces al día. Si este número de deposiciones aumenta se habla de “diarrea”. Las diarreas pueden producirse por diversas causas, siendo las intoxicaciones y las infecciones las más frecuentes. En ocasiones las heces diarreicas pueden ser de color verdoso, y presentar restos de moco o sangre. En las diarreas crónicas las heces pueden presentar diferentes aspectos y olores: amarillo, con moco, fétido, ácido, etcétera. Existe un tipo de diarrea denominada “paradójica” provocada por estreñimiento. En esta diarrea las heces líquidas o semilíquidas aparecen por rebosamiento. Cuando la defecación es lenta y dificultosa, y el número de deposiciones es inferior a 1 diaria, se habla de “estreñimiento”. El estreñimiento también provoca que la cantidad de heces defecada sea menor y su consistencia mayor. Son diversos los factores que pueden desencadenar estreñimiento. En ocasiones, la falta de eliminación de heces puede indicar una patología abdominal que requiere tratamiento urgente, por ejemplo, una oclusión intestinal. La cantidad: varía en función de la dieta del paciente. Si la dieta es rica en residuos, las heces son abundantes, en caso contrario (y también en dietas exclusivas a base de carne y pescado) estas son escasas.

5 Discusión-Conclusión

Entre las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la unidad de aparato digestivo va a estar la de recoger determinadas muestras biológicas, entre ellas muestras de heces, así como controlar las posibles variaciones en las características de las deposiciones de un determinado paciente.

Todo ello con la finalidad de facilitar la detección de patologías y aplicar los tratamientos terapéuticos correspondientes, en colaboración con el resto de profesionales que trabajan en la unidad.

Por todo ello, este profesional sanitario debe poseer conocimientos sobre la compleja fisiopatología digestiva, la cual abarca numerosos órganos (entre ellos el hígado, el estómago y el intestino grueso), procesos (como la digestión y la eliminación fecal o de desechos) y patologías (entre ellas las que alteran las características de las heces como las varices esofágicas o la oclusión biliar).

6 Bibliografía

1. Evangelina Pérez de la Plaza y Ana María Fernández Espinosa “Auxiliar de enfermería; Técnicas básicas de enfermería higiene en el medio hospitalario” Sexta edición. Mc Graw Hill.
2. Guillamas, C. Gutiérrez, E. Hernando, A. Méndez, M.J. Sánchez-Cascado, G. Tordesillas, L. (2011): Higiene del medio hospitalario y limpieza de material. Editorial Editex.
3. Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería Servicio de Salud del Principado de Asturias. SESPA. Temario Vol. II. Editorial CEP. (2018).

Capítulo 269

TÉCNICAS DE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

HIPÓLITO MENÉNDEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP) son un gran problema debido a su repercusión en la calidad de vida del paciente, además de constituir un importante consumo de los recursos en el sistema sanitario. Se calcula que entre el 95% y 99% de las UPP se pueden prevenir.

Una úlcera por presión es una lesión de la piel cuya causa es la presión constante durante mucho tiempo. Esta presión disminuye el flujo de sangre en el área afectada, con lo que se produce el daño y destrucción del tejido.

La incidencia de úlceras por presión es un indicador negativo que se vincula con la calidad de los cuidados de enfermería al paciente.

La actuación del equipo de enfermería debe ser sistémica y debe abarcar medidas tanto para evitar los factores locales como los factores generales.

Entre los factores locales a evitar están la presión directa, sobre todo en las prominencias óseas, la fricción y el cizallamiento. Y entre los generales están la percepción de la función sensitiva y motora del paciente, la disminución de la percepción, las deficiencias nutricionales, la deshidratación o déficit vitamínicos y los trastornos inmunológicos.

Las úlceras por presión están incluidas dentro del grupo de heridas crónicas, junto con las úlceras vasculares y las cutáneas.

2 Objetivos

- Exponer las acciones de enfermería para valorar, prevenir y tratar las úlceras por presión.
- Analizar y evaluar el riesgo, o la facilidad de un paciente a padecer esta lesión.

3 Metodología

Para realizar de este capítulo se ha utilizado la página de internet PubMed (revistas científicas), Medline (web de información de salud) y Scielo (investigación de artículos de salud).

Además de artículos y revistas relacionados con el tema, independientes.

4 Resultados

Con la utilización de las diferentes escalas de valoración de úlceras por presión, como son la escala Norton o la Braden, se facilita al equipo de enfermería el uso de instrumentos útiles y sencillos que permiten detectar de manera precoz el riesgo de que un paciente padezca una úlcera por presión. De esta manera se planifica los cuidados de enfermería más adecuados para el paciente.

Entre el protocolo de medidas que evitan la aparición de las úlceras por presión están:

- La inspección frecuente del estado de la piel, así como la vigilancia de las zonas de mayor riesgo como son las prominencias óseas.
- Cuidado de la piel meticuloso, además de que se debe mantener la ropa de cama y del paciente, limpia, seca y sin arrugas.
- Se utilizarán protectores de la piel como ácidos grasos, cremas protectoras...
- Controlar la humedad con absorbentes, empapadores...
- Evitar los hules, colonias...
- Evitar prolongar el tiempo de cambio de pañal.
- Realizar cambios posturales durante las 24 horas del día.
- Fomentar la movilización del paciente.
- Utilizar dispositivos para aliviar la presión como pueden ser apósitos anatómicos, cojones, almohadas, taloneras...
- Se debe evitar apoyar sobre una úlcera por presión ya iniciada.
- Evitar arrastrar al paciente en las movilizaciones porque se produce fricción.
- Evitar elevar el cabecero de la cama más de 30 grados porque aumenta el cizallamiento.

- Evitar el uso de flotadores.

Los cambios posturales no se deben mantener más de dos o tres horas si permanece en la cama, si el paciente está sentado se realizarán pequeños cambios cada 15-30 minutos. Se animará al paciente a que camine o se mueva dentro de sus posibilidades.

Es muy importante que el paciente mantenga una dieta adecuada a sus características y tenga una buena hidratación.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se constata que el mejor tratamiento para evitar las úlceras por presión es la prevención, es decir, el conjunto de cuidados al paciente con riesgo de padecerlas.

Una buena calidad y la continuidad de esos cuidados también es clave en la prevención.

Se destaca la importancia de la valoración constante y la práctica de esos cuidados, además de implicar al paciente y a la familia en la ejecución de los mismos. Hay que considerar al paciente como un ser integral.

Todo el personal sanitario debe tomar conciencia y responsabilidad sobre la gravedad del problema, adquirir la cultura de la prevención y actuar en consecuencia utilizando todos los recursos que están en nuestras manos.

6 Bibliografía

1. <https://www.mayoclinic.org>
escaras (úlceras por presión) - síntomas y causas.
2. <https://medlineplus.gov>
úlceras por presión - escaras.
3. <https://www.elsiver.es>
úlceras por presión. Prevención, tratamiento y consejos.
4. <https://www.cancer.org>.
Úlceras por presión.

Capítulo 270

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES

MARÍA ROSA DOMÍNGUEZ VALLE

ESTRELLA SERRANO PELLEJERO

MELANY CAMACHO RAMOS

JENNIFER CAMACHO RAMOS

MARIA PILAR ESCOBAR CONDE

1 Introducción

Las infecciones nosocomiales son un tipo de infecciones que ocurren cuando una persona ingresa en un hospital o inmediatamente después del alta. Este tipo de infecciones están asociados a los ingresos hospitalarios y a los procedimientos que se les realizan durante su estancia. Las infecciones nosocomiales constituyen uno de los problemas más importantes en cuanto al tema de salud pública en los países desarrollados y son una causa muy alta importante de morbilidad y mortalidad que ocasiona costes económicos elevados, de ahí que sea bastante fundamental su prevención.

Cualquier paciente puede desarrollar una infección nosocomial durante el ingreso, pero existen otros factores de riesgo que aumentan la probabilidad de que

un paciente desarrolle una infección durante la hospitalización. Muchas infecciones resultan del tubo, catéter, endoscopia, biopsia, cirugía, etc. inserción... lo que facilita que las bacterias entren en el cuerpo.

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) deben monitorear cuidadosamente y comprobar el cambio de guantes de un paciente a otro y realizar un lavado de manos higiénico para evitar la propagación de bacterias en la habitación del paciente para evitar el contagio o una infección de este tipo. Esto les impide quedarse con los pacientes, familiares y sus amigos.

2 Objetivos

Dar a conocer al personal Técnico en cuidados auxiliares de enfermería los aspectos fundamentales a tener en cuenta en la prevención de las infecciones nosocomiales.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se llevó a cabo una revisión bibliográfica en diferentes páginas médicas y se han seleccionado artículos científicos de diferentes revistas académicas, así como la consulta de las principales bases de datos y buscadores de internet.

4 Resultados

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) deben conocer las principales infecciones nosocomiales que se producen en el ámbito hospitalario y cómo evitarlas. Las infecciones del tracto respiratorio, las infecciones del tracto urinario, las infecciones quirúrgicas y las infecciones bacterianas son las causas más comunes que afectan a los pacientes hospitalizados, podemos encontrarnos diferentes tipos de infección.

- Infección de las vías respiratorias: La neumonía, que suele ser grave, suele darse en personas que tienen dificultad para respirar y necesitan algún tipo de protección respiratoria.
- Infección de la piel: sus principales síntomas son enrojecimiento, irritación, secreción, ampollas, hinchazón local, etc.
- Infección de vías urinarias, normalmente dolor o picor al orinar, fiebre, dolor abdominal, etc. debido al cateterismo. Infección de la sangre: como la sepsis, que

es muy grave y puede provocar un fallo multiorgánico e incluso la muerte si no se trata. Hay 2 factores de riesgo:

- Factores de riesgo intrínsecos: difíciles de cambiar porque son específicos del paciente. Están relacionados con las características fisiológicas del paciente, edad, género, estilo de vida, etc.
- Factores de riesgo externos: provienen directamente del proceso de enfermería, son factores exógenos y relacionados con aspectos médicos. Uso de métodos diagnósticos y terapéuticos y tratamiento con antibióticos o agentes inmunosupresores.

El lavado de manos es una medida sencilla pero muy útil para reducir las infecciones nosocomiales, se debe hacer:

- Al inicio y al final de la jornada laboral.
- Antes y después de una cirugía o tratamiento traumatológico.
- Antes de realizar métodos invasivos.
- Después de estornudar, toser y antes de comer.
- Cada vez que entre en contacto con secreciones.
- Después de atender a pacientes con enfermedades infecciosas.

El gesto de lavarse las manos es una garantía de prevención de la infección.

5 Discusión-Conclusión

Todo el personal que trabaja en un centro hospitalario, tiene que evitar este tipo de infecciones, por eso fundamental en el control de aparición de estas infecciones nosocomiales, una correcta higiene de manos, esterilización del material y limpieza, así como el correcto aseo y mantenimiento de material del paciente, son algunas de las tareas que los auxiliares de enfermería deben realizar y que influirá en el desarrollo de estas enfermedades y en su transmisión.

Siempre debemos de lavarnos las manos, y llevar una higiene adecuada cuando estemos trabajando con los pacientes, existen muchos tipos de infección las cuales son transmitidas por un mal lavado de manos. El gesto de lavarse las manos es una garantía de prevención de la infección.

6 Bibliografía

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

Capítulo 271

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PREPARACIÓN Y ASISTENCIA DE UNA VÍA CENTRAL

MARÍA ROSA DOMÍNGUEZ VALLE

ESTRELLA SERRANO PELLEJERO

MELANY CAMACHO RAMOS

JENNIFER CAMACHO RAMOS

MARIA PILAR ESCOBAR CONDE

1 Introducción

Un catéter es un dispositivo que tiene varios nombres: catéter venoso central, catéter venoso central, catéter venoso central. Aunque esta colocación de catéter debe ser realizada por un médico profesional, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería es responsable de preparar todos los materiales necesarios y lo hace con la ayuda y orientación de los profesionales médicos y personal de enfermería, según sea necesario.

Se puede dejar colocado un catéter de acceso venoso central durante semanas o meses para evitar la necesidad hacer múltiples punciones. Podemos encontrar diferentes tipos de catéteres de acceso venoso central.

Algunos tipos de servicios más especializados, como los pacientes en la unidad de cuidados intensivos (UCI) o la hospitalización a largo plazo, o los pacientes que requieren un acceso venoso a largo plazo, requieren un procedimiento de inserción de una vía central. En este tipo de catéter permite la administración de algunos fluidos o medicamentos, así como el monitoreo de la presión venosa central, nutrición parenteral, administración de medicamentos e incluso su uso para toma de muestras de sangre.

La preparación de todos los materiales que se tienen que utilizar en este tipo de intervenciones, supone una ligereza de los protocolos que se van a realizar, ya que ayuda a facilitar al equipo médico dicha realización.

2 Objetivos

Conocer los tipos de catéter venosos que existen, así como la importancia del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante este procedimiento.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una búsqueda en principales libros. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: “Pubmed”, “Medline”, y “Scielo”, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) es el personal encargado de la preparación de los materiales que se van a utilizar la asistencia de la introducción de un catéter, los cuales son los siguientes:

- Material de sutura: Sedas y bisturí.
- Tapón o bránula.
- Empapadores: uno se colocará encima de la mesa donde se dejarán los materiales
- Betadine (povidona yodada).
- Jeringa de 10 c.c. y aguja de carga.
- Suero salino o glucosado.

- Tres paños estériles: dos se colocarán cubriendo la zona donde se introducirá el catéter. Y otro se colocará encima del empapador de la mesa donde se encontrará el material estéril.
- Material preparado de vía central: Suele venir de forma estéril, y consta del catéter y todo lo relacionado con él.
- Gasas y compresas estériles.
- Material estéril para la realización de la sutura: Pinzas.
- Guantes y bata estériles.
- Sistema de suero.
- Suero fisiológico de 100 ml. Es preferible que se encuentre en frasco de cristal. Hay diferentes tipos de catéteres intravenosos, entre los que nos encontramos:
- Puerto implantado. Este tipo parece un catéter tunelizado, pero permanece completamente debajo de la piel. Los medicamentos se inyectan en un catéter a través de la piel. Algunos puertos implantados tienen un pequeño recipiente que se puede llenar de la misma manera. Una vez que se llena el depósito, libera lentamente el fármaco en el torrente sanguíneo. Los puertos implantados son menos visibles que los catéteres tunelizados y requieren poca atención diaria. Tiene menos impacto en el movimiento de una persona que una línea PICC o un catéter tunelizado.
- Catéter tunelizado: este tipo de catéter se inserta quirúrgicamente en una vena del cuello o el pecho y se pasa por debajo de la piel. Un extremo del catéter permanece fuera de la piel. Los medicamentos se pueden administrar a través de una abertura en este extremo del catéter. Pasar el catéter debajo de la piel ayuda a que permanezca mejor en su lugar, lo que lo hace menos perceptible y más fácil de mover.
- PICC: esta es una línea central que se inserta en una vena del brazo en lugar de una vena en el cuello o el pecho.

5 Discusión-Conclusión

Preparar todos los materiales que se utilizarán para este tipo de intervención, asumiendo que el protocolo a seguir es sencillo, ya que ayuda al equipo médico a conseguir los objetivos anteriores.

El papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) es esencial y de vital importancia en cuanto a realizar tales procedimientos de vía central. También es importante que toda la ayuda y apoyo que se brinde al personal médico experto en este tipo de cirugías, sea fundamental, ya que al reunirnos y realizar

la cirugía en un campo estéril podemos asegurar la seguridad y garantizar condiciones completamente estériles.

6 Bibliografía

- <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionariocancer/def/cateter-central-de-acceso-venoso>
- <https://www.cigna.com/es-us/individuals-families/health-wellness/hw/catteres-venosos-centrales-tc4109spec>.

Capítulo 272

EL IMPACTO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN SU GESTIÓN

MARÍA ROSA DOMÍNGUEZ VALLE

ESTRELLA SERRANO PELLEJERO

MELANY CAMACHO RAMOS

JENNIFER CAMACHO RAMOS

MARIA PILAR ESCOBAR CONDE

1 Introducción

En las Unidades de Enfermería de los hospitales, la gestión de los registros de actividad es fundamental para garantizar y asegurar una atención de calidad y segura a los pacientes. La documentación adecuada y precisa de los cuidados brindados es esencial para llevar un seguimiento del estado del paciente y para facilitar la comunicación entre los diferentes profesionales que intervienen en su atención. En este contexto, el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) tiene un papel crucial en la gestión de estos registros y su control, ya que es el encargado de llevar a cabo tareas esenciales inclusive vitales para el bienestar del paciente.

Los TCAE son los responsables de la higiene, el confort, la alimentación y la movilización de los pacientes, lo que implica un conocimiento profundo y riguroso de

su labor para poder registrar adecuadamente los cuidados proporcionados. Estos registros son imprescindibles para garantizar una atención integral al paciente y para facilitar la toma de decisiones del equipo de enfermería. Por tanto, es crucial que los TCAE reciban una formación adecuada en la gestión de registros de actividad, con el fin de que puedan llevar a cabo su labor de manera efectiva y colaborar en el trabajo conjunto del equipo de enfermería.

Además, la aplicación de las nuevas tecnologías de la información y por supuesto de la comunicación la comunicación (TIC) en la gestión y control de registros de actividad puede contribuir muy significativamente a mejorar y beneficiar en la eficiencia y calidad de la atención y asistencia en las unidades de enfermería.

La implementación de los citados sistemas de información en tiempo verdadero y real permite un acceso bastante rápido y seguro a los registros, lo que facilita el seguimiento de la evolución del usuario o del paciente y mejora así mismo la comunicación entre los diferentes profesionales.

Los registros citados de actividad son una herramienta fundamental en la práctica documental de enfermería y su gestión y control adecuado es esencial para garantizar una atención y asistencia siempre segura y de calidad a los pacientes o usuarios. La labor del TCAE en la gestión y control de estos registros es crucial, por lo que resulta fundamental por no decir imprescindible que reciban una formación adecuada en su manejo. Asimismo, la aplicación de las tecnologías en la gestión de registros de actividad puede contribuir a mejorar la eficiencia, eficacia y calidad de la atención en las unidades de enfermería.

2 Objetivos

Destacar la importancia del cumplimiento en referencia a los registros y controles de enfermería documentales y la importancia de seguir las normas y protocolos por parte del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

3 Metodología

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

4 Resultados

La importancia de la documentación de enfermería para garantizar la calidad de la atención sanitaria es esencial.

La documentación de enfermería es un componente crítico de la atención sanitaria. Consiste en el registro y documentación del estado de las necesidades del paciente, la demanda de cuidados y las actividades necesarias para su atención, así como la evolución del paciente y los cuidados que deben mantenerse después del alta hospitalaria. Esta documentación, también conocida como la historia de enfermería, es fundamental para proporcionar una atención efectiva y mejorar los resultados de salud del paciente.

El sistema de registros de enfermería es garantizar siempre a como de lugar la calidad y continuidad de la prestación y auxilio de cuidados integrales, individualizados, personificados y humanizados a las personas que necesitan y que precisan de una práctica clínica o asistencia sanitaria. A través de la documentación de las intervenciones y los cuidados proporcionados, se puede hacer un seguimiento efectivo del estado de salud del paciente y asegurar que se le está proporcionando y ofreciendo la correcta y adecuada asistencia en la atención necesaria para su recuperación.

Para garantizar y asegurar siempre la calidad y precisión del sistema de registros de enfermería, existen normas y protocolos a seguir en su cumplimentación. Es fundamental que se utilice tinta imborrable para que la documentación no se pueda modificar, y que se escriba con letra siempre entendible y clara para asegurarse siempre que se puede leer correctamente. Una premisa que debe cumplirse además de lo expuesto es utilizar adecuadamente el código colorimétrico a la hora de apuntar los cuidados y siempre se dice que “trabajo no registrado, trabajo no realizado”.

Cabe recordar desde la perspectiva de la legalidad que es totalmente un requisito legal el registro de los cuidados y anotaciones de enfermería, ya que se deberán incluir en la historia clínica del usuario o paciente.

5 Discusión-Conclusión

La importancia de los registros de enfermería es indudable en la prestación de atención sanitaria. Los registros de enfermería permiten la recopilación y el análisis de información esencial para la toma de decisiones clínicas, la monitorización de la evolución del paciente y la comunicación efectiva entre los miembros del equipo de atención sanitaria. Además, la implementación de tecnologías de la

información y la comunicación en el sistema de registros de enfermería ha mejorado significativamente la eficiencia y la calidad de la atención. Como resultado, es esencial que los profesionales de enfermería estén debidamente capacitados y sigan las normas establecidas para la cumplimentación de los registros de enfermería, garantizando así la precisión, la legibilidad y la continuidad de la atención sanitaria centrada en el paciente.

6 Bibliografía

1. Chaboyer, W., Ringdal, M. y Karki, S. (2019). La importancia de la documentación precisa de enfermería. *Revista de Gestión de Enfermería*, 27(8), 1562-1569. doi: 10.1111/jonm.128402.
2. Consejo Internacional de Enfermeras. (2012). *Directrices sobre documentación y documentación electrónica*. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras.
3. Ministerio de Salud. (2013). *Normas de documentación de enfermería para la atención al paciente*. Wellington: Ministerio de Salud.
4. Walsh, D. y Crumbie, A. (2015). La importancia de una documentación clara de enfermería. *Revista británica de enfermería*, 24(16), 824-827. doi: 10.12968/bjon.2015.24.16.824.

Capítulo 273

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS Y SUS CONOCIMIENTOS

GLORIA ESCOBAR MARTÍNEZ

ALBA DOMINGO ALONSO

MIRIAM BOUCHAIR LARRALDE

FRANCISCO ANTONIO GARCIA REINA

1 Introducción

En casi todos los hospitales de especialidades y referentes de la provincia tienen una unidad o servicio de hemodiálisis. Suelen funcionar las 24 horas debido a la gran cantidad de pacientes que tienen que atender. Con lo cual funcionan en turnos de mañana, tarde y por supuesto noche con todo el personal sanitario necesario.

La diálisis es un tratamiento utilizado como terapia de reemplazo renal para eliminar las toxinas y el exceso de agua de la sangre cuando se pierde la función renal. Los riñones son los encargados de eliminar las toxinas y los líquidos de la sangre, que pueden ser peligrosos si se acumulan en el organismo.

Hay dos tipos de diálisis, la hemodiálisis y la diálisis peritoneal. Para iniciar el tratamiento de hemodiálisis se necesita un acceso vascular que permita la circulación de la sangre hacia el dializador o filtro. Este acceso vascular puede ser:

un catéter venoso central, una fístula arteriovenosa (AVIF) o un injerto arteriovenoso. Requiere catéter peritoneal para diálisis peritoneal.

Estos tipos de diálisis son definidos por el tipo de paciente, patología, si se encuentra ingresado en una unidad de hospitalización y por supuesto dependiendo del funcionamiento o trasplante renal que disponga el paciente que necesita el tratamiento.

2 Objetivos

- Describir que conocimientos debe tener el Técnico en Cuidados Auxiliares en Enfermería (TCAE) del servicio de hemodiálisis.
- Conocer que tipo de dispositivos posee un servicio de hemodiálisis.

3 Metodología

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

4 Resultados

En nuestra revisión nos hemos encontrado artículos en los cuales nos indicaban que dispositivos puede encontrar el Técnico en Cuidados Auxiliares en Enfermería (TCAE) en un servicio de hemodiálisis y por supuesto qué tipo de tratamientos y conocimientos debería tener en caso de tener que realizar su jornada laboral en esta unidad.

- El TCAE debe conocer que el paciente que acude a hemodiálisis es un paciente con insuficiencia renal con un catéter, el cual sirve para el tratamiento. Este acceso es la (FAVI) Fístula arterio - venosa, consiste en la anastomosis subcutánea de una arteria con una vena adyacente. En el momento que colocan esta fístula hay que esperar un mes aproximadamente para poder utilizarla. Este acceso es el que más seguro y el que en primera opción se suele utilizar. Cuando no se puede realizar esta (FAVI) se realiza un injerto arteriovenoso, el cual es unión, arteria, vena mediante una prótesis. Y por último, otro tipo de paciente que puede acudir a hemodiálisis es el que realiza diálisis peritoneal.

- El TCAE también conocerá que en el momento que comienza el tratamiento la solución de la diálisis fluye a través del acceso que tenga este paciente y suelen durar ciclos de 3- 4 horas aproximadamente, tras esto se desconectará al paciente de la máquina y esta ira a su domicilio o regresará a su unidad de hospitalización . Es importante pesar al paciente tanto al inicio del tratamiento como al final.
- El TCAE debe conocer que estos pacientes debido a la insuficiencia renal que presentan tienen muy limitado la ingesta hídrica, ya que no pueden depurarla ni excretarla mediante la orina. También estos pacientes tendrán una dieta adecuada a su patología.

5 Discusión-Conclusión

El paciente renal es el candidato en muchas ocasiones a este tipo de tratamientos, en el cual debido a su insuficiencia renal se le colocara un acceso tanto arteriovenoso como injerto, entre otros, para este tratamiento de hemodiálisis.

El TCAE debe conocer todo tipo de accesos que dispone el paciente para estos tratamientos, conocer el material que estará en la unidad de hemodiálisis y por supuesto que estos pacientes presentan unas características especiales. Estas propiedades o características de las que hablamos es la limitación de ingesta hídrica y una dieta adecuada modificada de hemodiálisis. Todo lo que acontece en la sala o unidad de hemodiálisis será realizado por el personal formado para tal fin.

6 Bibliografía

1. Alfonso Urzúa, Ruth Pavlov, Roberto Cortés, Vanessa Pino. Factores Psicosociales renalocionados con la Calidad de Vida en Salud en Pacientes Hemodializados. *Terapia Psicológica* 2011; 29(Número 1).
2. De los Santos Vargas, Karina Juana. Calidad de vida y su relación con las estrategias de afrontamiento de los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en un hospital 2016.

Capítulo 274

LOS TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DURANTE EL DUELO DE LA PACIENTE POR EL NEONATO TRAS EL PARTO

GLORIA ESCOBAR MARTÍNEZ

ALBA DOMINGO ALONSO

MIRIAM BOUCHAIR LARRALDE

FRANCISCO ANTONIO GARCIA REINA

1 Introducción

Hablaremos sobre un momento muy desagradable para las pacientes que tiene un parto a término con el neonato sin vida. En la actualidad son muchas las parejas que durante el parto pierden a su neonato. El vínculo que aparece durante el embarazo con su madre es algo excepcional. Este fenómeno de apego materno-fetal fue definido por la enfermera Mecca Cranley en 1981, como el conjunto de comportamientos de filiación y de interacción de la mujer con el bebé que va a nacer. Posteriormente, en 1997, Condon y Corkindale identifican el vínculo como un lazo emocional que se forma entre la embarazada y su hijo no nacido. El parto se puede definir como el alumbramiento, el final del embarazo y expulsión del feto al exterior.

El parto puede ser una técnica complicada aún, aunque la paciente haya llevado los controles sanitarios correctamente. Durante el parto pueden surgir complicaciones que pueden llegar a acabar con la muerte del neonato. Esto genera un estado de ansiedad, depresión y por supuesto un estado de shock que en ocasiones acaba incluso con las ganas de poder concebir otro feto. Ya que incluso las complicaciones pueden dejar con esterilidad a la mujer y no poder tener más hijos.

2 Objetivos

- Conocer qué tipo de cuidados o apoyo básico puede administrar el técnico en cuidados auxiliares durante la pérdida del neonato en el parto.

3 Metodología

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

4 Resultados

Se ha podido incluir en nuestro trabajo artículos los cuales nos indican que puede pasar que emociones van a fluir en el momento del parto y muerte del neonato. El neonato es aquel individuo de hasta 28 días de vida. Durante este tiempo pueden aparecer complicaciones que lleven a la muerte de este. Pero la mayoría de los sucesos son por un parto dificultoso o con problemas a la hora de la expulsión. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) debe conocer los antecedentes de la mujer y como podrá ayudarla y, en el caso de que ya haya tenido algún contacto con salud mental, deberá avisar para que revisen la medicación de la paciente ante la nueva situación a la que está expuesta. El TCAE será uno de los profesionales que realicen el acompañamiento en caso de información de muerte del feto sin parto o al realizar el parto. El TCAE debe comenzar su apoyo o cuidados desde que ingresan a la sala de hospitalización hasta que regresan a su domicilio acompañado por los profesionales sanitarios del centro de

salud y, si el apoyo es insuficiente, la derivación a un psicólogo, psiquiatra. Existen diferentes escalas para medir el duelo, entre las que podemos decir PGS (Perinatal Grief Scale) o PBS (Perinatal Bereavement Scale). Con ellos podemos medir en qué fase de duelo se encuentran los padres. Es muchas ocasiones y en la actualidad los padres podrán ver y reconocer en una sala adecuada al neonato fallecido, tener su huella para el recuerdo. Pero no en todas las ocasiones es beneficioso realizar esto nombrado, ya que les va a quedar un recuerdo nefasto y consumirá incluso la relación de los parentales. También deben registrar aspectos emocionales contrarios a los que pueden suceder en estos casos, pues pueden estar enmascarando su dolor y su ansiedad.

5 Discusión-Conclusión

No es una situación beneficiosa la de perder a un hijo y sobre todo tras una gestación, por ello el duelo parenteral neonatal es muy doloroso. El TCAE es uno de los profesionales que más apoyaran a estos pacientes, ya que les ayudaran a cualquier duda dentro de sus posibilidades. En caso contrario, registrarán la duda y los pondrá en contacto con su facultativo. El vínculo, como se ha dicho, de madre feto es algo tan impresionante que en caso de muerte durante el parto les provocara un estado de shock, ansiedad y apatía. Incluso destrucción del vínculo de la pareja.

6 Bibliografía

1. WHO. Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates Ginebra: WHO, 2006.
2. PEPPERS LG, KNAPP RJ. Maternal reactions to involuntary fetal/infant death. *Psychiatry* 1980; 43: 155-9.
3. Organización mundial de la Salud. Para que cada bebé cuente. Auditoría y examen de las muertes prenatales y neonatales [Internet]. Who. 2017. 152 p.

Capítulo 275

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS DENTALES DE LOS CENTROS SANITARIOS

FRANCISCO ANTONIO GARCIA REINA

GLORIA ESCOBAR MARTÍNEZ

ALBA DOMINGO ALONSO

MIRIAM BOUCHAIR LARRALDE

1 Introducción

Se habla de odontología a la especialidad médica y su finalidad es el diagnóstico, tratamiento y la prevención de enfermedades en los dientes, las encías, el paladar, la lengua, labios, etc.

Existen dos grupos de profesionales en las clínicas dentales;

1. Trabajo directo con los pacientes en los que participan los diferentes profesionales sanitarios como lo son dentistas, higienistas y Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE).

2. Trabajo de manera indirecta con los pacientes como lo es el protésico dental.

El TCAE tiene un papel importante dentro de las clínicas dentales, participa de manera activa junto al dentista realizando diferentes tareas.

Nuestras funciones principales serán preparar la sala donde se va a trabajar, tener listo el instrumental que vamos a necesitar, conseguir la comodidad del paciente

una vez que entre a la sala, limpiar, desinfectar y esterilizar el material una vez usado.

También tendremos funciones administrativas como lo son llamadas telefónicas a pacientes, recibir y despedir a los pacientes, proveedores o visitantes médicos, planning de la agenda, control de citas, ofrecer información a los clientes, rellenar historias clínicas de los pacientes, anotar tratamientos y procedimientos en dicha historia clínica, organización de historias clínicas, control de stock, fijarnos muy bien en fechas de caducidad de todos los productos, colocar almacén etc.

2 Objetivos

Exponer e indicar el trabajo del tecnico de cuidados auxiliares de enfermeria y sus funciones en las clínicas dentales de los centros sanitarios

3 Metodología

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

4 Resultados

Como bien hemos nombrado, nuestras funciones van desde atender a los clientes, como la gestión de materiales, incluyendo la asistencia al odontólogo.

Vamos a hablar de manera más detallada las dos funciones que tiene el Técnico en Cuidados Auxiliares en Enfermería (TCAE) tanto la administrativa como la asistencial;

-Funciones administrativas: Engloban todas aquellas funciones que van desde las llamadas telefónicas, recepción de pacientes, elaboración de las historias clínicas, control de las fechas de caducidad, se encarga de tener en orden el almacén, del stock, etc.

-Funciones asistenciales: Engloban todas aquellas funciones que se realizan dentro de la sala de trabajo, antes de la recepción del paciente, la sala y los materiales y equipos que se van a usar deben estar listos, durante el tratamiento ayudaremos al odontólogo, higienista o dependiendo de quien esté realizando el tratamiento,

siempre les daremos los materiales que vayan necesitando y atendemos tanto al ellos como a los pacientes, una vez el tratamiento ha sido terminado primero despedimos al paciente dándole su próxima cita si la necesita y a continuación limpiaremos la sala y limpiamos, desinfectamos y esterilizamos los materiales usados.

Cuando el paciente llega a la clínica dental, lo recibiremos, le diremos que espere en la sala de espera o si la sala donde a él le van a realizar el tratamiento está lista le llevamos hasta ella, le acomodamos el sillón y le pondremos el babero para que no se manche su ropa de los restos que puedan caer durante el tratamiento, le colocamos un vasito de plástico para cuando necesite enjuagarse, y colocaremos la lámpara evitando que la luz le pueda molestar en los ojos a nuestros pacientes, le daremos los documentos al odontólogo para que sepa lo que tiene que realizar, su nombre etc., A continuación comenzará el procedimiento, el TCAE debe estar a la izquierda del paciente y el dentista a la derecha del paciente, el auxiliar de enfermería se encargará de ir pasando el material que el dentista vaya necesitando. Cuando el procedimiento haya finalizado, debemos preguntar al paciente si se encuentra bien para poder levantarse sin marearse, lo ayudamos si es necesario y le acompañamos a la salida, y como bien he nombrado antes, si lo necesita, se le agenda nueva cita.

Cuando el paciente se ha marchado nos encargamos de dejar la sala limpiar y los materiales iguales.

Se anota el procedimiento realizado ese día en su historia clínica y guardamos la historia clínica en su lugar.

Cuando finaliza el turno de trabajo se limpiará todo el material y mobiliario de las salas, limpiamos y desinfectamos la escupidera, limpiaremos los materiales rotatorios y controlamos el almacén para que haya de todo para el próximo día de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE es muy importante en las clínicas dentales, puesto que tiene un gran abanico de tareas a realizar, debemos tener claras todas nuestras funciones y todos nuestros objetivos, como en todos los ámbitos existen protocolos los cuales debemos seguir al pie de la letra para hacer todo muy bien, lo que más prevalece es el trabajo en equipo con el demás profesional sanitario que trabaje en la clínica dental y sobre todo la comodidad de los pacientes, atenderlos bien, y tener todo muy limpio, desinfectado y esterilizado, también debemos cuidar nuestra imagen, ya que son muchos los pacientes que pasarán por la clínica a lo largo de

un día de trabajo, y tener buena apariencia, buena higiene, pelo recogido y un uniforme da como mejor sensación de limpieza a la clínica y eso a los clientes le transmite paz y tranquilidad. Tendremos clientes a los que acudir al dentista sea una tarea difícil para ellos, ya que les da temor, nosotros como sus auxiliares debemos transmitir tranquilidad y explicarles que no va a pasar nada para así realizar mejor los procedimientos.

6 Bibliografía

- 1.<https://revistamedica.com/funciones-tecnico-cuidados-auxiliares-enfermeriaodontologia/>.
- 2.<https://vsip.info/funciones-del-tcae-en-el-consultorio-dental-pdf-free.html>.

Capítulo 276

LA FUNCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PARITORIO

LAURA SELENE VILLENA GARCÍA

MARIA JULIA GARCIA JIMENEZ

AMPARO MORENO LÓPEZ

ANTONIA ALARCÓN GARCÍA

HORACIO ALEX OVANDO VARGAS

1 Introducción

La función del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) es ayudar al resto de miembros del personal médico, en este caso a las matronas que están presentes durante todo el proceso del parto, en lo que necesiten. El parto es el proceso por el cual uno o más fetos son expulsados de la cavidad uterina al exterior.

Intentando satisfacer las necesidades del paciente de forma acogedora y agradable, además de ayudar y velar por su bienestar.

El paciente puede ser llevado desde la sala de maternidad o a través de la sala de emergencias. La paciente será llevada a la sala de dilatación después de ser recibida y la ayudaremos a ponerse cómoda para que el procedimiento sea lo más privado posible y lo más acogedor posible.

La madre y el niño son observados continuamente una vez que el sistema está en funcionamiento. Hasta el momento de la epidural, si la futura madre lo solicita, puede estar en camilla o en movimiento, pero debe permanecer en esta posición durante todo el procedimiento para que la anestesia haga efecto. Es un método de alivio del dolor que permite a la paciente permanecer despierta durante el parto. Desde el momento en que ingresa a la sala de dilatación hasta el parto, haremos un esfuerzo para mantenerla relajada y cómoda.

La función principal del TCAE, en términos generales, es:

- seguir el proceso y describirlo.
- proporcionar información sobre formas de lidiar con el estrés y el dolor.

Dado que se trata de una situación delicada y es probable que la embarazada esté ansiosa de antemano, intentaremos tranquilizarla manteniendo abierta una línea activa de comunicación con ella.

Toda mujer también debe contar con el apoyo, que ella misma seleccionará, durante el trabajo de parto y el parto.

2 Objetivos

Describir las responsabilidades y funciones principales del TCAE en la sala de partos 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

Entre las semanas 37 y 42, la mujer da a luz mediante una de tres técnicas de parto: vaginal, asistido o cesárea.

Durante el parto se producen tres cambios hormonales, fisiológicos y físicos principales.

- Fase de dilatación: Continúa hasta que el cuello esté completamente dilatado.
- Fase de expulsión; momento de expulsión fetal.

- Encendiendo; la placenta se está separando.

El TCAE es un gran acompañamiento dado que estamos ahí durante el embarazo, el parto y el posparto de una mujer.

- Además de ayudar a la matrona o ginecólogo en todo lo necesario desde:.
- Montaje e inspección de equipos e insumos tanto dentro como fuera de la sala de partos.
- La posición del paciente durante el proceso de vestirse y desvestirse.
- Usarla para ir al baño o acompañarla cuando necesite ir al baño. si es necesario, un baño.
- Colocar a la futura madre sobre la mesa de parto o camilla.
- Asegúrese de que todas las herramientas y equipos necesarios estén disponibles y límpielos antes de entregarlos al servicio de esterilización.
- El desarrollo y recogida del campo epidural.
- Satisfacer íntegramente las necesidades de la futura madre.
- Haga que la sala de dilatación esté presentable y equipada con suficientes suministros adicionales para la próxima futura madre.
- Retiro y reposición de la sala de partos.
- Higiene de la mujer posparto; Por lo general, podrá ducharse el primer día después de dar a luz, cuando pueda ponerse de pie.
- Apoyar la lactancia materna siempre que sea posible. porque contiene anticuerpos de la madre, que ayudan al sistema digestivo y metabólico del recién nacido y previenen infecciones.
- El recién nacido tiene máxima prioridad, se le toman las huellas dactilares y se escribe su información personal en una pulsera.

La prueba de Apgar, que considera la frecuencia cardíaca, la respiración, el tono de la piel, el tono muscular y los reflejos, se utiliza para evaluar el estado de salud general del bebé después del parto.

5 Discusión-Conclusión

La paciente es asistida por TCAE desde que ingresa a la sala de partos hasta que sale para dirigirse a su habitación.

Nuestras funciones incluyen desde el apoyo antes, durante y después del parto hasta, si es necesario, el cuidado posparto de la parturienta y su recién nacido.

Por lo general, el bebé tiene contacto piel con piel constante con su madre.

Tras el parto, madre y niño regresarán a la sala de dilatación durante dos horas más, donde se comprobarán sus signos vitales y se les brindará asistencia en todo lo que ambos necesiten.

Luego, la nueva madre y su hijo serán llevados a la sala de maternidad. Cabe señalar que siempre pueden surgir complicaciones durante el parto y que la madre o el recién nacido pueden requerir cuidados más intensivos en un piso diferente del hospital.

6 Bibliografía

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

Capítulo 277

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

LAURA SELENE VILLENA GARCÍA

MARIA JULIA GARCIA JIMENEZ

HORACIO ALEX OVANDO VARGAS

ANTONIA ALARCÓN GARCÍA

AMPARO MORENO LÓPEZ

1 Introducción

Una convulsión tónico-clónica generalizada se induce con fines terapéuticos durante la terapia electroconvulsiva, que se realiza en el campo de la psiquiatría. Como resultado, se necesita equipo de alta calidad para este tratamiento. Debido a que se realiza bajo anestesia general y relajación muscular de corta duración, requiere de un equipo multidisciplinario, que incluye al psiquiatra, el anestesista y la enfermera.

Actualmente se tratan con este método la psicosis aguda y los episodios maníacos, así como los episodios depresivos mayores unipolares o bipolares, pero la esquizofrenia es su principal indicación.

Además, esta alternativa a estas patologías se puede tener en cuenta en afecciones como la epilepsia resistente a la terapia, la enfermedad de Parkinson y el síndrome neuroléptico maligno.

Aunque los hay con patología cardiovascular y cerebral, riesgo de sangrado, aneurismas, procesos degenerativos óseos graves, alteraciones endocrinas y riesgo anestésico, no existen contraindicaciones absolutas.

Este tratamiento reduce el riesgo de fracturas óseas provocadas por la intensa actividad motora que tiene lugar durante una convulsión.

Los riesgos y efectos secundarios de la terapia electroconvulsiva dependen de los problemas de salud previos del paciente, la edad, la susceptibilidad individual, el número de tratamientos utilizados, etc.

Al estar a cargo de la planificación, desarrollo y seguimiento de esta terapia, los auxiliares de enfermería desempeñan un papel aún más crucial en la capacidad del equipo de salud para brindar al paciente una atención de calidad.

2 Objetivos

Describir qué es la terapia electroconvulsiva y la función del técnico en los cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el hospital.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se realizó una búsqueda en artículos clave y una revisión bibliográfica en bases de datos clave como Pubmed, Scielo, Medline y el buscador Google, así como en motores de búsqueda como Google utilizando palabras clave.

4 Resultados

El número y la frecuencia de las sesiones del paciente los determina el equipo de psiquiatría. Por lo general, ocurren dos o tres veces por semana, excepto en caso de emergencia.

Otras dos variaciones de las sesiones de terapia electroconvulsiva son:

- Continuación: Su objetivo es prevenir recaídas y garantizar un mejor resultado del tratamiento agudo.
- Mantenimiento: en este caso, la terapia se continúa durante toda la vida a intervalos regulares o irregulares.

Los riesgos y efectos secundarios de la terapia electroconvulsiva varían según la edad del paciente, la susceptibilidad personal, las condiciones médicas previas y la cantidad de tratamientos que haya recibido. los efectos potenciales.

Son posibles los siguientes efectos secundarios de este tratamiento: mialgia, estado epiléptico, episodios similares al estado epiléptico, confusión, inquietud, deterioro cognitivo, náuseas, vómitos y confusión.

Se aconseja utilizar técnicas que agudicen la crisis convulsiva, como:.

- Reducir la dosis de medicación anestésica y anticonvulsivante.
- Utilizar flumazenil para contrarrestar los efectos de las benzodiazepinas.
- Utilizar anestésicos con menores efectos secundarios o proporcionar hiperventilación previa.

Las funciones principales del TCAE incluyen las siguientes.

- Recibir al paciente y brindarle atención ambulatoria.
- Verificar la seguridad del dispositivo, así como el preoperatorio. pruebas y firma de consentimiento.
- Asegúrese de que el ayuno dure de seis a ocho horas.
- Suspender la medicación contraindicada y administrar la medicación prescrita.
- Controlar la higiene bucal y una ducha preoperatoria.
- Equipar al paciente con electrodos para un electrocardiograma y un electromiograma, así como una bata quirúrgica. También se deben quitar las joyas, las extremidades artificiales y el maquillaje.
- El manejo y registro de signos vitales precoces.
- Registrar y controlar su peso cada semana.
- Sugerir vaciamiento rectal y micción previa.

5 Discusión-Conclusión

Como parte de la terapia electroconvulsiva, se administra un estímulo eléctrico controlado que provoca una convulsión tónico-clónica. Desde el siglo XX se aplica a la psiquiatría.

Actualmente esta técnica ofrece un mayor nivel de seguridad y comodidad gracias a la anestesia general y la relajación muscular. Al estar a cargo de la planificación, desarrollo y seguimiento de esta terapia, los auxiliares de enfermería desempeñan un papel aún más crucial en la capacidad del equipo de salud para brindar al paciente una atención de calidad.

Los riesgos y efectos secundarios de la terapia electroconvulsiva dependen de los problemas de salud previos del paciente, por ello deben estar bien capacitado para cuidarlos dado todo esto.

6 Bibliografía

1. Chávez M.E. Propuesta de protocolización para la práctica de la Terapia Electroconvulsiva en el Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción.

Capítulo 278

LA IMPORTANCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA ADMINISTRACIÓN DE LOS ENEMAS

LAURA SELENE VILLENA GARCÍA

MARIA JULIA GARCIA JIMENEZ

AMPARO MORENO LÓPEZ

ANTONIA ALARCÓN GARCÍA

HORACIO ALEX OVANDO VARGAS

1 Introducción

Un líquido o solución que se administra al cuerpo a través del intestino grueso o el recto se conoce como enema.

Dependiendo del motivo de su administración, los enemas se pueden utilizar para diversos fines; los más habituales son diagnóstico dietético, entrada de medicamentos, limpieza, etc.

Dado que el estreñimiento es la razón principal de su uso en hogares de ancianos, los enemas se administran con frecuencia a pacientes hospitalizados y residentes de edad avanzada. Los enemas son otro tipo de procedimiento de limpieza disponible en los hospitales.

El estreñimiento es la incapacidad del cuerpo para expulsar las heces con normalidad o una reducción en la frecuencia de dichas expulsiones.

Los enemas no deben administrarse, sin embargo, en las siguientes circunstancias: inmediatamente después de cirugías abdominales o perineales, si tiene patologías de la zona terminal del intestino grueso (por ejemplo, hemorroides), o si tiene apendicitis o sospecha de que hacer.

Aunque está bajo la supervisión de una enfermera, el Técnico Auxiliar de Cuidados de Enfermería es la principal figura de autoridad y responsable de la administración de enemas en el ámbito médico.

Antes de administrar un enema, es imperativo considerar una serie de factores. Por ejemplo, será necesario confirmar la autenticidad de la receta así como la identidad del paciente.

2 Objetivos

Exponer los distintos tipos de enemas que existen es el objetivo principal y describir explícitamente la atención brindada a los pacientes que han recibido un enema es el objetivo secundario de este capítulo.

3 Metodología

Para preparar este trabajo se realizó una revisión bibliográfica consultando las principales bases de datos, incluidas Google Academic, PubMed, Scielo y el programa de estudios de la séptima edición de McGraw-Hill Nursing Assistant. Además, se han consultado artículos sobre el tema.

4 Resultados

Los diferentes tipos de enemas se discutirán a continuación.

Dependiendo de si se utilizan para expulsar o retener, los enemas se pueden dividir en dos categorías.

-Enemas de evacuación o limpieza: el objetivo principal de este enema es eliminar los desechos del colon y recto. Las membranas mucosas que recubren las superficies de estos espacios se irritan y se estiran según su modo de acción. Lo hace mediante.

La estimulación del peristaltismo facilita la evacuación.

Para este tipo de enemas se pueden utilizar soluciones caseras como agua salada, agua con glicerina, agua con aceite y agua con jabón. Las administraciones disponibles comercialmente incluyen el enema Duphalac a base de lactulosa y el enema Casen a base de fosfato disódico y monohidrato de fosfato monosódico. Estos enemas se aplican a una temperatura de aproximadamente 37°C y el paciente debe mantenerla durante 5 a 10 minutos. Se deben administrar de 500 a 1500 ml para los enemas caseros, en comparación con 250 ml para los enemas comerciales.

Necesitará un tanque, un tubo de goma y una llave, además de la sonda rectal y otras herramientas. También se debe utilizar una colchoneta y una cuña.

-Enemas de retención: Como su nombre indica, el paciente debe aguantar este tipo de enema durante al menos 30 minutos. Podemos encontrar los siguientes artículos en esta categoría:

1. El aceite, normalmente de oliva, es el ingrediente principal de este tipo de enema, el objetivo principal es ablandar las heces y proteger la mucosa del recto y el ano. Debe administrarse a una temperatura de 37 °C 200 ml es la cantidad máxima permitida. Las principales indicaciones para realizar este tipo de enema son fecalomas, hemorroides o estreñimiento crónico del paciente.
2. Enema medicado: este enema se usa para tratar medicamentos administrados por vía rectal. Cuando la administración oral no es apropiada y se requiere primero un enema de limpieza, se utiliza esta vía. 180 mililitros es el máximo permitido. Estos enemas incluyen sedantes, anestésicos y otros medicamentos.
3. Enema alimentario: Este enema sólo se utiliza cuando las otras vías (oral y parenteral) están contraindicadas; la cantidad a administrar no será superior a 180 mililitros, y al igual que en la situación anterior se deberá utilizar un enema de limpieza.
4. Antes de someter a un paciente a un examen radiológico, se administra un enema opaco por motivos de diagnóstico. Se requiere limpieza rectal, al igual que en los casos anteriores.

Ante un paciente que necesita un enema, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) debe tomar las siguientes acciones:

Antes de administrar un enema, es imperativo considerar una serie de factores. Por ejemplo, será necesario confirmar la autenticidad de la receta así como la identidad del paciente. A continuación se debe informar al paciente de la técnica de forma sencilla y sin añadir detalles superfluos, así como de la posición (decúbito lateral o Sims) y posición de sujeción que se requieren.

Todo esto se hará para permitir que el paciente trabaje lo más estrechamente posible con el equipo médico.

Después de que el TCAE haya reunido todos los suministros necesarios, se haya lavado las manos y se haya puesto guantes no esterilizados, se irrigará el líquido de acuerdo con las recomendaciones del fabricante para realizar un enema.

Es fundamental estar alerta ante posibles eventos durante la irrigación, como que el paciente se queje de calambres (en cuyo caso deberá detenerse durante al menos 30 segundos y luego proceder más lentamente) o que el paciente presente síntomas.

Imágenes borrosas (en cuyo caso se debe buscar irrigación).

Se informará al paciente de cuánto tiempo debe conservar el enema para su correcto uso una vez finalizada la técnica. A continuación, el TCAE recogerá adecuadamente todo el material utilizado. Después de lavarse las manos, el TCAE esperará al paciente.

5 Discusión-Conclusión

Los TCAE son los encargados de introducir los enemas, aunque debe realizarse bajo la orientación del personal de enfermería. En consecuencia, deben tener todas las habilidades y conocimientos necesarios a nivel práctico y teórico para su correcto uso y aplicación, sin confundirse entre los distintos tipos de enemas y especialmente sus cantidades y las contraindicaciones existentes para su uso en el ámbito sanitario.

Durante la estancia hospitalaria del paciente, así como durante la administración del enema, el TCAE tendrá el contacto más directo con el paciente. Debe observar de cerca todo el procedimiento para poder comprender el estado del paciente en todo momento, técnica y los cambios posteriores del paciente para poder reaccionar ante posibles incidencias y contactar con un médico si fuera necesario.

6 Bibliografía

1. Ana M^a Fernández Espinosa y Evangelina Pérez de la Plaza (Autoras). Editorial McGraw Hill Education.2016.Auxiliar de Enfermería.

Capítulo 279

VERTIGO Y TRASTORNOS DEL EQUILIBRIO

SILVIA COSTALES PARRONDO

1 Introducción

El equilibrio es una función compleja de nuestro organismo, que se puede definir como la facultad de no caer y de conocer nuestra posición en el espacio, tanto si el individuo está quieto como si se está desplazando.

El equilibrio depende de varios factores, es multisensorial. Depende de la información correcta de la vista, músculos, tendones y articulaciones y de los órganos del equilibrio en el oído interno.

La vista nos informa de los movimientos de los objetos y de su situación relativa en el espacio. La información del estado de articulaciones y músculos es la información propioceptiva, y la información del entorno que la exteroceptiva. El órgano específico del equilibrio es el sistema vestibular y se encuentra dentro del oído interno. El sistema vestibular nos informa de nuestra situación y orientación en los distintos planos del espacio por medio de la detección, registro y análisis de las aceleraciones a que estamos sometidos. Y se encarga de mantener el equilibrio y la postura, además de coordinar los movimientos del cuerpo y fijar la mirada en un punto.

La alternación del mecanismo del sistema vestibular puede dar lugar al vértigo. Por eso el vértigo provoca alteraciones de marcha o de postura, visión borrosa y/o cefalea entre otros síntomas.

2 Objetivos

Identificar los signos asociados al vértigo para prevenir y minimizar los síntomas con ejercicios de reentrenamiento para el equilibrio y posicionamiento, cambios en el estilo de vida y tratamientos.

3 Metodología

La elaboración de este trabajo, se ha hecho una revisión bibliográfica de artículos relacionados con el título principal del trabajo, el vértigo. Se ha contrastado y comparado la información, para solaparla toda la información recolectada en un único capítulo. Con este capítulo se da a conocer la información básica y concisa para conocer los trastornos del vértigo y el desequilibrio.

4 Resultados

Dependiendo de las causas que lo provoquen, hay dos tipos de vértigo: periférico y central.

- El vértigo periférico:

El vértigo periférico es el causado por la afectación del oído interno o el nervio vestibular. Éste es el encargado de llevar la información del equilibrio desde el oído interno al cerebro. Los síntomas son muy intensos y su evolución no es progresiva, es decir, se alternan periodos de crisis con momentos asintomáticos. Éste empeora con los cambios de posición, y sus síntomas suelen estar asociados a náuseas, vómitos y síntomas cocleares como el tinnitus e hipoacusia. En algunas personas dura minutos, mientras que en otras puede durar horas.

El vértigo periférico se confirma con el test posicional de Barany/Hallpike. Este test consiste en que el paciente pasa rápidamente de la posición sentado a la posición en decúbito con la cabeza girada y reclinada hacia el lado afectado, entonces se observa un movimiento involuntario de ojos hacia el oído situado más abajo.

- El vértigo central

Surge de una lesión en los centros de equilibrio del sistema nervioso central (SNC), normalmente causado por una lesión en el tronco encefálico o el cerebelo. A diferencia del vértigo periférico, este suele ser de una intensidad más leve y normalmente su evolución es progresiva. Las consecuencias más importantes pueden ser: esclerosis múltiple, accidente cerebrovascular, el consumo de ciertos medicamentos y sustancias (anticonvulsivos, aspirinas y alcohol), síndrome de Wallenberg, tumores cerebrales, lesiones craneales, epilepsia.

Como en la mayoría de los trastornos médicos, la rehabilitación es muy importante para el tratamiento del vértigo. Normalmente en los pacientes con vértigo tienden a no mover la cabeza o hacer movimientos que lleven a empeorar los síntomas del vértigo, y deben descansar o permanecer quietos cuando aparezcan sus síntomas. En algunos casos, como en el vértigo posicional paroxístico benigno, la falta de movilidad de la cabeza puede prolongar la duración de los síntomas. En otros casos, la falta de movilidad ocasiona además de debilidad muscular y cambios ortostáticos.

5 Discusión-Conclusión

Los ejercicios consisten en las maniobras de la cabeza que desencadenan los síntomas de vértigo. Con técnicas de fisioterapia o dispositivos especiales que simulan pérdidas de equilibrio repetidas, se consigue la adaptación a la nueva situación. Esto resulta muy beneficioso en el tratamiento del vértigo y sobre todo en la fase de rehabilitación de la neuritis vestibular. El sistema vestibular se puede estimular con ejercicios de rotación, como los balanceos o giros. Éste tipo de movimiento ayuda a nuestro cerebro a mejorar la organización de las informaciones sensoriales y por tanto mejorando el equilibrio. Este método es alentador en la terapia con ancianos y otros pacientes incapacitados por desequilibrio crónico.

En caso de presentarse síntomas de pérdida de equilibrio sin causa aparente, se recomienda descansar, permanecer quieto, mantener la calma, evitar el estrés o la ansiedad y dormir con una almohada baja. Además de evitar los cambios bruscos de posición al levantarse o acostarse. También se debe de evitar la luz muy brillante. Y por supuesto, tomar las medidas oportunas en cuanto a seguridad, no conducir ni manejar maquinaria pesada.

Si los mareos se presentan con los cambios bruscos de postura, evitar estos movimientos y presentar atención a una correcta postura.

Así mismo, es importante mantener una correcta higiene de oídos y en caso de sospechar de algún problema acudir al otorrino.

6 Bibliografía

1. Vértigo. (Internet). Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/vertigo>
2. Vértigo: síntomas, diagnóstico y tratamiento. (Internet). Disponible en: <https://www.institutoorl-iom.com/vertigo-periferico-sintomas-duracion-tratamiento/>

3. ¿Cómo se trata el vértigo?. (Internet). Disponible en: <https://clinicadevertigo.com/otoneuro/como-se-trata/>
4. Ejercicios para tratar el vértigo. (Internet). Disponible en: <https://www.gaes.es/blog/salud-auditiva/ejercicios-para-tratar-el-vertigo/>

Capítulo 280

EL CONTROL DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES

HIPÓLITO MENÉNDEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la infección nosocomial, se define como aquella enfermedad de origen microbiano, reconocida clínicamente, que afecta:

- A los pacientes, tras su estancia en el hospital o después de recibir un tratamiento.
- Al personal sanitario, debido a su trabajo.

Las infecciones nosocomiales son uno de los mayores problemas de salud pública en los países desarrollados. Y una de las mayores causas de morbilidad y mortalidad, aparte del enorme gasto económico que suponen.

Ante esto la prevención es fundamental.

Estas infecciones tienen en común que:

- Afecta al paciente ingresado, pero que antes de ese ingreso no presentaba la infección ni en su fase clínica ni en periodo de incubación.
- El paciente está ingresado por razones que no son la infección nosocomial.
- La infección puede presentarse después del alta del paciente.

La frecuencia de la infección nosocomial es más alta en los hospitales grandes y en los universitarios debido a que en estos se atiende mayor número de pacientes y patologías más graves.

La prevención es fundamental para evitar la aparición de la infección y así promocionar la salud.

Hay factores de riesgo que aumentan la probabilidad de que los pacientes hospitalizados padezcan una infección nosocomial, algunos propios del paciente, y otros que se relacionan con el aspecto médico y hospitalario.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo sería mencionar las infecciones nosocomiales más frecuentes y reconocer los programas de control de infección nosocomial.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 de riesgo aumentan la probabilidad de padecer infecciones nosocomiales. Entre estos factores están:

- Los intrínsecos, propios del paciente, entre ellos están la edad, sexo, estado nutricional, si padece alguna enfermedad como neoplasia, diabetes, obesidad, etc.
- Los extrínsecos, que se derivan de la actividad asistencial, como pueden ser: colocación de catéteres, sondas, endoscopias, o el tratamiento con antibióticos.

Las infecciones nosocomiales más frecuentes son:

- Las que afectan a las vías respiratorias, sobre todo las neumonías. Tienen la mayor tasa de mortalidad y afectan sobre todo a los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI), los postquirúrgicos, etc. Esto es debido por el uso de anestésicos, la intubación orotraqueal, broncoscopia, traqueotomía, utilización de antibióticos, etc.
- Las que afectan a las vías urinarias. Estas son la causa más frecuente de septicemia. Tienen una menor probabilidad de morbilidad y mortalidad. Y se producen: por la colocación y cuidado de cateterismo vesical, tratamientos antibióticos y por la susceptibilidad del paciente (edad, sexo, enfermedad...).
- Infecciones en la herida quirúrgica. Aparecen en la unidad quirúrgica y su asiduidad depende de la cirugía practicada. Entre los factores de riesgo están: el

sistema de aireación del quirófano, incompleta esterilización del material quirúrgico, antiséptico contaminado, edad, sexo, patología del paciente, una hospitalización extensa, preoperatorio alargado con antibióticos

- Las infecciones causadas por bacteriemias. Muchas de ellas causadas por infecciones en el tracto respiratorio, urinario y en las heridas quirúrgicas pero algunas también se producen por el uso de dispositivos intravasculares (catéteres intravenosos).
- Otros tipos de infecciones menos frecuentes y que afectan a otros aparatos, como pueden ser: digestivo (gastroenteritis, hepatitis...), genital (endometriosis...), osteoarticular (articular, osteomielitis...), cardiovascular (flebitis, arteritis...), sistémica (sarampión, parotiditis...), piel y partes blandas (úlceras, quemaduras ...)

5 Discusión-Conclusión

Las infecciones nosocomiales son uno de los problemas de salud pública más importantes en los países desarrollados. Son una causa importante de morbilidad y mortalidad que ocasiona elevados costes económicos y sociales. Es fundamental su prevención.

Los procedimientos y las acciones que se proponen para prevenir las infecciones nosocomiales son muy numerosos y no todos son iguales de eficaces.

La eliminación total de las infecciones nosocomiales es prácticamente imposible, aunque es necesario y urgente reducir su tasa de incidencia y prevalencia incidiendo en:

- La vigilancia epidemiológica.
- La aplicación de medidas de prevención y control, siguiendo las recomendaciones del Servicio de Medicina Preventiva del hospital.

6 Bibliografía

1. <https://www.elsevier.es>

Epidemiología general de las infecciones nosocomiales.

2. <https://www.wikipedia.org> Infección nosocomial <https://www.unitecoprofesion.es>

Que son las infecciones nosocomiales?

3. <https://www.saludsavia.com>

Infección nosocomial

Capítulo 281

APARATO DIGESTIVO

ZORAIDA HERRAIZ FERNANDEZ

MARIA DEL MAR ARIAS SAIZ

LAURA HERRAIZ FERNANDEZ

1 Introducción

El aparato digestivo está formado por el tracto digestivo y el hígado, el páncreas y la vesícula biliar. El tracto gastrointestinal es una serie de órganos huecos unidos en un tubo largo y retorcido que va desde la boca hasta el ano. Mide unos once centímetros de longitud de la boca al ano.

Los órganos huecos que componen el tracto gastrointestinal son la boca, el esófago, el estómago, el intestino delgado y grueso y el ano.

Las glándulas anejas:

El hígado (con su vesícula biliar) y el páncreas forman parte del aparato digestivo, aunque no del tubo digestivo.

Hay dos tipos de aparato digestivo:

- El tubo superior: que está la boca, el esófago, estomago y la primera parte del intestino delgado.
- El tubo inferior: incluye la última parte del intestino delgado, el intestino grueso y el recto.

La primera parte del intestino delgado se llama duodeno. El yeyuno está en el medio y el íleon está al final.

El intestino grueso está el ciego, que es la primera parte del intestino grueso, el colon es el siguiente y el recto es el final.

La flora intestinal o microbiota , ayudan con la digestión. Trabajando juntos, los nervios, las hormonas, las bacterias, la sangre y los órganos del aparato digestivo digieren los alimentos y líquidos que una persona come o bebe cada día.

2 Objetivos

Dar a conocer información acerca del aparato digestivo.

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 en libros, artículos en revistas científicas y se han consultado artículos en las principales bases de datos como Google Académico.

4 Resultados

Los alimentos son transportados mediante un proceso llamado PERISTALSIS. Hay cuatro tipos de recorridos de la alimentación que se llaman:

- _ Ingestión
- _ Digestión
- _ Absorción
- _ Egestión

Los órganos digestivos descomponen químicamente los alimentos en partes mas pequeñas usando:

- _ Boca: El proceso digestivo comienza en la boca cuando una persona mastica.
- _ Esófago: Después de tragar, la peristalsis empuja la comida por el esófago hacia el estómago.
- _ Estómago: Las glándulas del estomago producen ácidos estomacales y enzimas que descomponen químicamente los alimentos. Se divide en cuatro partes : cardias, fondo cuerpo y píloro.

La tercera capa del estomago , es la que mezcla los alimentos.

- _ Páncreas: Produce un jugo digestivo que descomponen químicamente los carbohidratos, grasas y proteínas.
- _ Hígado: Produce un jugo llamado bilis que ayuda a digerir las grasas y algunas vitaminas .

- _ Vesícula biliar: La vesícula biliar almacena la bilis entre comidas.
 - _ Intestino delgado: Produce un jugo , el cual se mezcla con la bilis y un jugo pancreático para completar la descomposición de proteínas, carbohidratos y grasas. Posee tres partes : el duodeno , el yeyuno y el íleon . El duodeno es la parte mas alta del intestino delgado.
 - _ Intestino grueso: Se transporta los productos de desecho de la digestión , inclusive las partes de los alimentos que aún son demasiado grandes , se convierten en heces.
- Las hormonas y los nervios trabajan juntos para ayudar a controlar el proceso digestivo.
- _ Las hormonas: Estas hormonas le comunican al cuerpo cuando debe producir jugos digestivos y envían señales al cerebro indicando si una persona tiene hambre o está llena . El páncreas también produce hormonas que son importantes para la digestión.
 - _ Los nervios: Los nervios envían señales para controlar las acciones de los músculos del intestino de contraerse y relajarse con el fin de empujar los alimentos a través de los intestinos.

5 Discusión-Conclusión

El sistema digestivo es importante porque nos permite llevar a cabo el proceso de alimentación, que es vital para obtener energías para nuestras actividades. Cada órgano que lo compone, permite el equilibrio entre los nutrientes que comemos y lo que nos sirve en el organismo, al darles, en un mismo sistema, un tratamiento distinto.

Es por eso, que debemos cuidar lo que comemos, pues el efectivo funcionamiento de este sistema depende, en gran medida, de la buena alimentación que podamos tener a lo largo de nuestra vida.

Y debido a que algunas de sus enfermedades, si no son tratadas a tiempo pueden llevarnos a la muerte.

6 Bibliografía

<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/aparato-digestivo>
<https://www.euroinnova.edu.es/blog/aparato-digestivo-y-sus-partes-y-funciones>

Capítulo 282

CUIDADOS PALIATIVOS

MARIA DEL MAR ARIAS SAIZ

ZORAIDA HERRAIZ FERNANDEZ

LAURA HERRAIZ FERNANDEZ

1 Introducción

Los cuidados paliativos son unos programas de tratamiento activo, para mantener y mejorarlas condiciones de vida de los pacientes, cuya enfermedad no tiene cura.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los objetivos fundamentales de los cuidados paliativos son:

- Aliviar el dolor y otros síntomas.
- No alargar ni acortar la vida.
- Dar apoyo psicológico, social y espiritual.
- Considerar la muerte como algo normal.

El enfrentamiento del ser humano con la enfermedad terminal conlleva una serie de cambios para el y la familia. Surgen miedos a la soledad, al aumento del dolor, a la pérdida del control, a la comida, a mirarse en el espejo, etc. Se intenta controlar no solo el dolor, sino también otros síntomas molestos como su sufrimiento, conseguir que estos pacientes vivan con plenitud sus últimos meses de su vida y tengan una buena muerte. No solo los pacientes con cáncer en situación terminal, deben beneficiarse de los cuidados paliativos, también otras patologías crónicas, progresivas e infecciosas, (como VIH) en sus fases finales. Estas entran también en enfermedad terminal, como sucede en los pacientes afectados de insuficiencia respiratoria crónica, insuficiencia cardiaca en fase terminal, cirrosis

hepática o insuficiencia renal crónica. Sus familiares también necesitan apoyo social, psicológico y espiritual en numerosas ocasiones, ya que deben convertirse en su cuidador y abandonar de forma frecuente su trabajo.

Los cuidados paliativos se intenta ayudar al paciente y a su familia para minimizar al máximo todos estos problemas para conseguir el mayor bienestar y confort.

2 Objetivos

Explicar qué son los cuidados paliativos y qué suponen para los pacientes a los que se les lleva a cabo estos cuidados.

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, y hemos seleccionado artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Un nuevo estudio confirma que para algunos pacientes con cáncer avanzado, los cuidados paliativos realizados desde el principio durante su tratamiento pueden mejorar su calidad de vida. En muchas ocasiones se alternará el domicilio con la estancia en unidades de cuidados paliativos. Para esto es necesario una buena coordinación de los equipos de atención primaria con unidades de cuidados paliativos y equipos de atención domiciliada. La actuación del Equipo Sanitario en estas circunstancias es muy importante, siendo las enfermeras las que más tiempo permanecen con los pacientes conociéndolos mejor. Se tendrá bien claro que el paciente debe permanecer donde mejor sea tratado y donde él quiera estar. No se le puede generalizar sobre esta cuestión, se le hará una evaluación y se actuará según las circunstancias de cada enfermo. Las técnicas empleadas, los tratamientos, los criterios de calidad de atención y cuidados, la comunicación y otros aspectos hacia estas personas, van progresando y cambiando con el paso del tiempo, aunque se haya recibido una educación adecuada, hay que complementar con la formación continua se debe abarcar todos los campos (físico, psíquico o mental,

social ético y espiritual). Podemos dividir a estos profesionales de la Sanidad en varios grupos según las necesidades de formación:

- Los estudiantes: precisan una enseñanza del significado de la muerte para los pacientes, sus tratamientos, comunicación, necesidades familiares, etc.
- Los recién licenciados o diplomados: la responsabilidad sobre el paciente puede ser inmediata, por ello hay que afianzar los conocimientos aprendidos y fortalecer la confianza con los enfermos.
- Los profesionales experimentados, no ajenos a la necesidad de formación. El aprendizaje principal es el que proporciona la relación diaria con los enfermos, el aumento de la experiencia.

5 Discusión-Conclusión

En esta enfermedad se mirará a la persona completa, no solo la enfermedad. Se tratará o evitara los síntomas y efectos secundarios de esta enfermedad, poniendo tratamiento lo antes posible cualquier problema psicológico, social y espiritual relacionado con el paciente. Para mejorar sus dolores el paciente puede tomar:

- Paracetamol (Tylenol).
- Antinflamatorios: no esteroides (AINES) como el ácido acetilsalicílico (Aspirina), el naproxeno (Aleve), el ibuprofeno (Advil, Motrin) y el diclofenaco.
- Narcóticos: (opioides) como codeína, morfina, oxicodona o fentanilo.
- Narcóticos (codeína, morfina, oxicodona o fentanilo).

La persona afectada con dolor crónico o terminal realmente sufre y debe ser aliviada.

6 Bibliografía

Libros de texto como "enfermería en cuidados paliativos"

Capítulo 283

PACIENTES CON INFLAMACIÓN INTESTINAL Y EL CUIDADO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARGARITA CARRASCO BLASCO

MARIA DEL ROSARIO LADERO PACHECO

PATRICIA ÁLVAREZ GÓMEZ

CORAL SANCHEZ SANCHEZ

IRENE CAMINO LOZANO

1 Introducción

La inflamación de la membrana interna intestinal. Puede estar causada por una bacteria, por un virus (generalmente norovirus), o incluso la logran originar algunos parásitos, por norma general se le conoce como gastroenteritis o inflamación intestinal.

La gastroenteritis o inflamación intestinal es de tipo viral se trasfiere y dispersa a través del contacto con las heces o vómitos del individuo infectado. Por eso es esencial y fundamental el correcto lavado de manos después de ir al baño.

Ya que el enfermo afectado puede llegar a tocar superficies, objetos, o incluso preparar comida, y estará, por lo tanto, infectando dichos objetos que serán los

que contagien a otros individuos (en el caso de manipular comida o bebida sería una intoxicación por alimentos, por estar estos contaminados).

Los síntomas de la gastroenteritis o inflamación intestinal viral incluyen náuseas o vómitos, dolor de cabeza, calambres y dolor abdominal, diarrea acuosa, llegando a manifestarse incluso con febrícula o fiebre y escalofríos.

La mayoría de los individuos se recupera sin tratamiento, con una ingesta progresiva de líquidos y pasando poco a poco a una dieta blanda.

Hay que prestar atención a la deshidratación que puede sobrevenir por soportar una gastroenteritis o inflamación intestinal. Es especialmente común en adultos mayores, bebés y enfermos inmunodeprimidos. Por lo cual se debe observar si el enfermo ingiere suficientes líquidos para reponer los que se pierden a través de las heces líquidas y vómitos.

2 Objetivos

Explicar en qué consiste la gastroenteritis o inflamación intestinal y qué tratamiento es el que se le pauta, a propósito de un caso clínico que se nos presenta en urgencias del centro de salud.

3 Caso clínico

Concurre a consulta de urgencias mujer de 45 años, sin ningún antecedente a destacar, no toma medicación, nos expone que no padeció previamente ninguna enfermedad, esto ocurre a las 6:35 de la mañana en el área de urgencias en atención primaria en centro de salud con profusa diarrea, náuseas y vómitos que se alargaron hasta su llegada a consulta, que han dado inauguración el día preliminar a última hora de la tarde de modo inminente, ya que no se había notado ningún síntoma.

No ostenta alergias que ella sepa, así como tampoco intolerancias alimentarias según nos expone. Nos expone que no tiene hábitos tóxicos, no sobrepeso, relata que lleva una dieta sana y muy variada asimismo con la realización de actividad física.

No dice que la diarrea alcanza como unas 10 deposiciones líquidas desde el inicio brusco hasta antes de venir, impidiéndole en toda la noche el descanso, refiere de unos 12 vómitos, sensación de pinchazo y movimientos bruscos abdominales con lo que todo esto deriva en un malestar general.

A su vez nos expone de cefalea soportable, que va en acrecentamiento antes y después del esfuerzo del vómito. En el momento de la entrevista se halla mareada,

con sensación de laxitud y debilidad al tener que ir al baño al momento de levantarse e inclusive posterior al vómito, refiriendo que dentro del baño debió de buscar apoyo para agarrarse y así poder incorporarse previniendo u reduciendo un poco la sensación de vértigo para no llegar a caerse.

Afebril, exhibe blando el abdomen, depresible, dolor en palpación, examen peritoneal sin reacción, con orofaringe exponencialmente eritematosa, sin visión de placas.

Refiere que no realizo ninguna ingesta desde el momento de iniciar los síntomas, intento una infusión de manzanilla, por la noche y en la mañana pero solo consigue vomitar otra vez .

Al preguntarle por la alimentación anterior a los episodios que refiere expone que no efectuó nada fuera de lo normal y que no tiene ninguna intolerancia ni tampoco fueron comidas ni alimentos fuertes o muy especiados.

Estando en la consulta, como referimos anteriormente se manifiesta una emesis brusca e incontrolable que paro la consulta, a su vuelta refiere además de la emesis una deposición.

Tensión arterial 91/55.

Temperatura 36,1 °C.

Tras las pruebas ejecutadas y la manifestación y evidencia de los signos y de la sintomatología, se diagnostica a la enferma de gastroenteritis o inflamación intestinal aguda. Se decide de dar alta a su domicilio con la medicación y tratamiento prescripto y pautado y con la encomienda de que, si en unas 24 o 48 horas el proceso de sintomatología sigue sin mejorar o que inclusive empeora, debe de concurrir otra vez a urgencia para evitar la deshidratación.

Se le administra en la consulta referida, metamizol y primperán intramuscular.

Se le prescribe suero oral hiposódico, en presentación de sobres de reconstitución en 1 litro de agua/24 horas con prolongación de 5 días.

Y paracetamol de 1 gramo cada seis horas durante 3 días.

Se le anima a que emprenda la ingesta oral muy de poco a poco, para comprobar tolerancia con una dieta blanda astringente consistente en arroz hervido, manzana rallada, pescado al vapor, pechuga de pollo a la plancha.

Son signos y síntomas de deshidratación los siguientes: orinar poco y de color oscuro, cansancio, sed extrema, boca seca, mejillas y ojos hundidos, mareos e incluso desmayos, falta de turgencia y tonicidad en la piel (se presiona suavemente la piel o se realiza suavemente un pellizco y no regresa a su posición fácilmente, se puede hacer asimismo presionando un dedo, brazo...).

4 Discusión-Conclusión

Es importante tratar la gastroenteritis o inflamación intestinal cuando esta persiste y se instaura por varios días, ya que, sin embargo, en la gran mayoría, la gastroenteritis o inflamación intestinal viral no es perjudicial, puede volverse peligrosa si llega a la deshidratación. Cualquier individuo con signos o síntomas de deshidratación debe ser atendido médicamente de inmediato. Un individuo con deshidratación severa puede demandar tratamiento médico hospitalario.

Tratar, por lo tanto, la gastroenteritis o inflamación intestinal cuando emprende y en sus primeras horas o días de aparición es fundamental y trascendental para evitar complicaciones graves, estar pendientes de las reacciones que el enfermo pueda tener, especialmente si el enfermo es un bebé, anciano o individuo inmunodeprimido.

5 Bibliografía

1. [https://medlineplus.gov/spanish/gastroenteritis o inflamación intestinal.html](https://medlineplus.gov/spanish/gastroenteritis%20o%20inflamaci%C3%B3n%20intestinal.html).
2. [https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-lasalud/enfermedades-digestivas/gastroenteritis o inflamación intestinal-viral/sintomascausas](https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-lasalud/enfermedades-digestivas/gastroenteritis%20o%20inflamaci%C3%B3n%20intestinal-viral/sintomascausas).

Capítulo 284

LA CONSULTA DE GINECOLOGÍA. FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

IRENE MUÑOZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Dentro de la atención hospitalaria hay muchas vertientes entre ellas las destinadas a consultas externas.

Suelen estar agrupadas y bien señalizadas para que su localización sea fácil, intuitiva y rápida.

A diario pasan muchas personas por estos espacios integrados dentro del hospital como parte fundamental, así como también lo es hospitalización.

En este capítulo se intentará acercar en concreto uno de estos espacios. Relacionado con el trabajo como técnicos auxiliares de enfermería en las consultas externas de ginecología y obstetricia.

Así podrá verse reflejado el trabajo, la formación, la sensibilidad que estos trabajadores deben tener en un área que puede parecer sencillo, pero debe funcionar como un engranaje perfecto.

Bien es sabido de la importancia que tiene el trabajo en equipo en los diferentes puestos de trabajo, trataremos cada día con un equipo multidisciplinar. Esto

hará que cada día se puedan hacer frente a problemas de salud variados, donde poniendo conocimientos en común se dará la mejor respuesta y tratamiento.

Conoceremos el cuidado de la salud de órganos reproductivos femeninos, los tratamientos invasivos o no, tales como los quirúrgicos, el manejo de amplia y variada aparatología con diferentes fines. Desde un trabajo estrecho de manos de un profesional ginecólogo o ginecóloga obstetra.

2 Objetivos

- Saber como trabaja en el día a día el profesional TCAE en las consultas de ginecología.
- Conocer las diferentes pruebas en las que participa en su realización.
- Detallar objetivos de las diferentes consultas que engloba el área.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda muy variada, en libros relacionados con el profesional que se está tratando, diferentes páginas como centro de estudios grado y postgrado, Revistamédica y también el conocimiento de este área.

4 Resultados

Desde la llegada a la consulta de ginecología el TCAE empieza por las funciones administrativas que van desde la atención al paciente vía telefónica de casos graves o que no pueden esperar.

Es su labor comprobar que todo funcione, verificar que los pacientes citados coinciden y detallar en un listado el motivo de consulta de cada paciente.

Reponer el material que va a ser utilizado en esa jornada. Instrumental correctamente esterilizado, el textil y fungible que se vaya a necesitar..

Una vez tenemos un stock correcto llevar a cabo la consulta junto al profesional ginecólogo/a.

Antes de dar paso a la paciente con el sistema de llamadas desde el ordenador, comprobar que en el aseo dispone de camisón y calzas.

Se sacará su historia clínica y el TCAE procederá a tomar las constantes si fuera necesario, mediremos y tomaremos muestra de orina en el caso de las embarazadas.

Facilitando estos datos al facultativo y tratando como no puede ser de otra manera con la mayor confidencialidad, responsabilidad que requiere en una consulta tan íntima y delicada como es esta.

Asistiremos en todo momento al doctor/a en el pase de instrumental como puede ser el espéculo, foco de luz, guantes y material para la recogida de muestras como el doble test (citología- HPV)

No se asistirá únicamente a una consulta de ginecología propiamente dicha, engloba muchas otras como son oncología donde tratan diferentes tipos de cáncer. Tocología, donde se hace un seguimiento estrecho de las pacientes embarazadas y el feto.

Consulta de esterilidad que sirve para intentar investigar y dar solución a este tipo de problemas. Revisiones postquirúrgicas para hacer seguimiento y ver las diferentes complicaciones que puedan darse tras pasar por una cirugía.

5 Discusión-Conclusión

Siguiendo el hilo del presente trabajo se da cuenta de la importancia de un profesional como el TCAE dentro de la consulta de ginecología. Capaces de asistir en todo momento con la diligencia necesaria.

Respetando la privacidad de cada paciente y el problema que le lleva hasta la atención especializada. Donde esperan encontrar tranquilidad, un espacio que transmita confianza.

Para esto la labor fundamental es la de llevar perfectamente conectadas las funciones administrativas, como gestión de agendas, un correcto stock. Conocimientos de instrumental y aparatos para su correcta manipulación.

Tipo de pruebas a realizar y llevar a cabo su pase al profesional. Así como la gestión para dar a conocer posteriormente los resultados obtenidos y su tratamiento.

6 Bibliografía

1. Scielo.org
2. Revistamedica.com
3. Postgradomedicina.com

Capítulo 285

LA ENFERMEDAD DE LA DIABETES

MONICA PINEY PRIETO

SHEILA VAQUERO ANDALUZ

ALBA MARIA MELCHOR TORRES

LOURDES ROMERO RAMIREZ

1 Introducción

La diabetes es una enfermedad crónica que se caracteriza por el incremento del nivel de azúcar en sangre. El principal motivo por el que se produce esto es que el páncreas no genera insulina o el cuerpo de la persona no la usa adecuadamente. La glucosa la encontramos en los diferentes alimentos que ingerimos a diario. La insulina podemos definirla como la hormona que favorece la entrada de glucosa en las células para que así consigan energía.

Con el paso del tiempo, un exceso de glucosa en la sangre puede provocar problemas de salud serios en nuestro cuerpo, tales como daños en la vista, riñones, sistema nervioso ó cardiaco.

Existen diferentes tipos de diabetes, pero las más conocidas hoy en día son las de tipo I y II, y la gestacional.

Con la realización de un simple análisis de sangre se puede detectar si se padece la enfermedad o no, o predisposición para ello, ya que tiene un alto componente genético y así poder llevar un seguimiento de esta.

Hoy en día, los valores asumidos como normales oscilan entre 70-100 mg/dl.

Se trata de una enfermedad crónica que no tiene cura, pero que, con un seguimiento adecuado, se puede controlar, exceptuando la gestacional, que tiende a desaparecer cuando la mujer da a luz.

El tratamiento escogido para la diabetes dependerá de la clase que sea y la fase, puesto que como enfermedad crónica tiende a evolucionar: tratamientos antidiabéticos orales ó insulina, bien sea rápida o lenta. Bien es cierto que, con una dieta equilibrada y ejercicio físico, se puede llegar a controlar la enfermedad.

Actualmente se ven afectadas más de 400 millones de personas por la diabetes, y las previsiones son que en el año 2040, sea la séptica causa de mortalidad a nivel mundial

2 Objetivos

Es importante conocer en que consiste la enfermedad para poder dar un tratamiento adecuado a cada persona y etapa.

Si controlamos la enfermedad, podremos evitar las descompensaciones agudas, prevenir o retrasar la aparición de enfermedades relacionadas, disminuir la mortalidad y mejorar la calidad de vida.

La diabetes aumenta el riesgo de contraer enfermedades y algunas vacunas como la de la gripe o la vacuna contra la neumonía puede ayudar a prevenirlas.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una búsqueda detallada en libros de texto, páginas de formación e información para personal sanitario.

También se han consultado artículos en diferentes revistas para profesionales sanitarios.

Todo ello se ha hecho respetando los derechos de autor

4 Resultados

Como consecuencia de un alto nivel de glucosa en sangre, podremos desarrollar las siguientes situaciones:

Hipoglucemia: El nivel de glucemia se encuentra por debajo de 55 mg/dl. Para las personas con diabetes solemos considerar bajada cuando está por debajo de 70 mg/dl, aunque hay que ver individualmente cada caso.

Normoglucemia: El nivel de glucosa en sangre en ayunas no supera los 100 mg/dl. Entre 100 y 125 mg/dl hablaríamos de glucemia basal alterada y 126 mg/dl o más son ya diagnósticos de diabetes.

Hiperglucemia: Niveles anormalmente altos, por encima de los 126mg/dl.

- **Diabetes tipo 1:** Esta patología puede desencadenarse a cualquier edad, aunque es más frecuente que aparezca en niños y adultos jóvenes. Sin la insulina suficiente, la glucosa se acumula en el torrente sanguíneo cuando debería de entrar en las células. Esta acumulación de glucosa en la sangre da lugar a la hiperglucemia. El organismo incapaz de usar esta glucosa para obtener energía. Esto desencadena la diabetes tipo 1. Es un trastorno autoinmune, lo que quiere decir que el propio cuerpo ataca y destruye por error las células productoras de insulina.

Los síntomas: tener mucha sed, ansiedad por comer, cansancio continuo, hormigueos en los pies, pérdida de peso, micción frecuente.

- **Diabetes tipo 2:** Esta enfermedad se debe a que los niveles de glucosa son demasiado altos. Esto se debe principalmente a los alimentos que consumimos. Esto se debe principalmente a la combinación de sobrepeso, no tener una buena actividad física y factores de genética familiar.

Muchas personas que tienen diabetes tipo 2 no presentan síntomas. Si los tiene, se desarrollan lentamente durante varios años. Los más comunes son: aumento de la sed y micción, visión borrosa, cansancio, hormigueo en los pies.

- **Diabetes gestacional:** Aparece por primera vez cuando la mujer está embarazada y suele desaparecer cuando nace el bebé. Se hacen controles en el segundo trimestre de embarazo.

Tener diabetes gestacional puede hacer que la madre padezca en el futuro diabetes tipo 2 y que él bebe también pueda desarrollarla.

5 Discusión-Conclusión

Tratamientos

Como para cualquier enfermedad, el mejor tratamiento es la prevención; llevar una dieta saludable, vida sana y realizar ejercicio físico. Aun así, en la mayoría de las ocasiones necesitamos la administración de insulina o toma de medicamentos orales para controlarla.

Tratamiento para la diabetes tipo 1

- ☒ Inyectarse insulina.
- ☒ Realizar monitorización de la glucosa.
- ☒ Seguir un plan de alimentación equilibrado.
- ☒ Realizar actividad física de forma regular

Tratamiento para la diabetes tipo 2

Puede variar en función de la etapa en la que se encuentre la enfermedad

- ☒ Llevar una dieta saludable y realizar ejercicio
- ☒ Si con lo anterior no somos capaces de regular la glucosa, tendremos que añadir medicación oral
- ☒ Si con el segundo tratamiento no es suficiente, incorporaremos la administración de insulina.

Diabetes gestacional

- ☒ Seguir una dieta saludable
- ☒ Realizar actividad física
- ☒ Control del nivel de azúcar antes y después de las ingestas
- ☒ Si con los pasos anteriores los valores son elevados, se introducirá la insulina, ya que durante el embarazo no se pueden introducir medicación

El paciente juega un papel muy importante a la hora de gestionar la enfermedad. Se calcula que el 90% de las decisiones sobre el tratamiento dependen del propio paciente. La comprensión de la enfermedad y las maneras de gestionar el tratamiento son de vital importancia, tanto para las personas con diabetes, como para sus familiares o cuidadores.

6 Bibliografía

Bibliografía

1. MedlinePlus contiene información de salud autorizada de la Biblioteca Nacional de Medicina (NLM), los Institutos Nacionales de Salud (NIH) y otras agencias gubernamentales y organizaciones relacionadas con la salud. Biblioteca nacional para la medicina [Internet]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/>
2. la diabetes Novo Nordisk FP. F [Internet]. Disponible en: <https://www.fundaciondiabetes.org/>
3. Diabetes y Educación Terapéutica Servicio DREEE en, de Endocrinología margarida Jansà Morató Enfermera Experta en Diabetes y Educación Terapéutica

Servicio de EIVTES de EVFEE en D y. ETS de EEMES. ¿Que es la diabetes? [Internet]. 20 de febrero de 2018. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/>

Capítulo 286

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS: PROTOCOLOS Y BUENAS PRÁCTICAS PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE).

SILVIA HARO MEDINA

1 Introducción

La administración segura y efectiva de medicamentos es uno de los pilares fundamentales en la prestación de atención médica de alta calidad. En este contexto, el papel del TCAE es de suma importancia. Estos profesionales, que actúan como un eslabón crucial en el equipo de atención médica, a menudo se encuentran en la primera línea de la administración de medicamentos, especialmente en entornos como hospitales, clínicas y residencias de ancianos. Sin embargo, la administración de medicamentos no es una tarea que deba tomarse a la ligera; conlleva una gran responsabilidad y requiere un conocimiento profundo de diversos protocolos y buenas prácticas para garantizar la seguridad del paciente.

El objetivo principal de este estudio es investigar los protocolos y buenas prácticas asociadas con la administración de medicamentos por parte del TCAE. Se busca comprender tanto los procedimientos estándar como las directrices éticas que guían esta actividad esencial. Además, se examinarán las implicaciones de la mala praxis en la administración de medicamentos, incluidos los errores de

medicación y sus posibles efectos adversos tanto para el paciente como para el sistema de atención médica en su conjunto.

Este estudio es especialmente relevante en el actual panorama de la atención médica, donde la carga de trabajo ha aumentado significativamente debido a factores como el envejecimiento de la población y las crecientes demandas de atención médica especializada. En tales circunstancias, los TCAE se encuentran a menudo bajo presión para realizar múltiples tareas de manera eficiente, lo que podría llevar a errores si no se siguen los protocolos y buenas prácticas adecuados.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es describir las distintas categorías de medicamentos que son comúnmente administradas por el TCAE en entornos hospitalarios, enfocándose en las particularidades y precauciones que deben tenerse en cuenta para cada tipo de medicamento.

3 Metodología

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

4 Resultados

La revisión bibliográfica realizada en las bases de datos PubMed, Scopus y Medline permitió identificar varias categorías de medicamentos que son comúnmente administradas por el TCAE. Estas categorías abarcan desde analgésicos y antibióticos hasta medicamentos cardiovasculares y psicotrópicos. Cada categoría tiene sus propias particularidades en términos de dosificación, vía de administración y potenciales interacciones farmacológicas. Los TCAE deben tener un profundo entendimiento de estas diferencias para minimizar los riesgos y optimizar la eficacia del tratamiento. La literatura revisada pone de manifiesto la necesidad de formación especializada en farmacología para el TCAE, que a menudo es insuficiente en los programas de formación actuales.

La investigación también reveló una serie de directrices y protocolos que los TCAE deben seguir al administrar medicamentos. Estas directrices están diseñadas para garantizar que la administración sea segura, efectiva y conforme a las mejores prácticas clínicas. Se incluyen aspectos como la "Regla de los Cinco Correctos" (el medicamento correcto, la dosis correcta, el paciente correcto, el tiempo correcto y la vía correcta), la verificación de las alergias del paciente y la documentación meticulosa de cada acción. Además, se encontró que las normativas vigentes enfatizan la responsabilidad ética y legal del TCAE en este proceso. Sin embargo, los artículos revisados también sugieren que, a pesar de la existencia de estas directrices, no siempre se aplican de manera uniforme o efectiva en todos los entornos clínicos.

La revisión de la literatura incluyó también un estudio de las buenas prácticas recomendadas en la administración de medicamentos. Estas prácticas abarcan desde la verificación doble y la comunicación efectiva con otros profesionales de la salud hasta el seguimiento post-administración para evaluar la eficacia y detectar posibles efectos adversos. Se observó una fuerte correlación entre la adhesión a estas buenas prácticas y una reducción en los errores de medicación. Los estudios consultados en Scopus indican que el empleo de tecnologías como la administración asistida por ordenador puede potenciar aún más la eficacia y la seguridad del proceso.

A pesar de la amplia gama de directrices y buenas prácticas disponibles, se identificaron varios desafíos y áreas de mejora. Uno de los problemas más persistentes es la falta de formación continua y actualización de los TCAE en las últimas prácticas y directrices. Otro desafío es la variabilidad en la implementación de los protocolos entre diferentes instituciones, lo que puede llevar a confusión y errores.

5 Discusión-Conclusión

La revisión bibliográfica realizada en este estudio sobre "Administración de Medicamentos: Protocolos y Buenas Prácticas para el TCAE" revela una complejidad sustancial en la tarea de administrar medicamentos de manera segura y eficaz. La identificación de las diversas categorías de medicamentos, junto con las directrices y buenas prácticas que deben seguirse, subraya la importancia de una formación detallada y una actualización constante para los TCAE. Aunque existen protocolos y directrices que buscan estandarizar y optimizar este proceso, los resultados indican que hay margen de mejora, especialmente en la formación

continua y en la uniformidad en la aplicación de estos protocolos.

En conclusión, la administración de medicamentos es una tarea compleja que requiere un alto nivel de competencia, cuidado y atención al detalle por parte del TCAE. Este estudio ha identificado varias áreas que requieren atención y mejora, y ofrece recomendaciones prácticas que pueden ayudar a los profesionales a alcanzar niveles más altos de eficacia y seguridad en esta tarea crítica.

6 Bibliografía

1. Administración de medicamentos, teoría y práctica, de B. Santos Ramos. Editorial Díaz de Santos ISBN 9788479781750, 2013.
2. Guía práctica para la administración parenteral de medicamentos, Sendoa Ballesteros Peña editorial Manuales Universitarios ISBN 978-8413193250, 2021.
3. PubMed <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>.
4. Scopus <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/Biblioteca/Paginas/PubMed.aspx>.
5. Medline <https://medlineplus.gov/spanish/>.

Capítulo 287

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS EN PALIATIVOS

JOANA FERNÁNDEZ RUBIO

1 Introducción

Denominamos a los cuidados paliativos, a aquellos cuidados que el personal de enfermería le realiza al paciente cuando están en los niveles graves de la enfermedad, es decir, cuando ya es crónico y no tiene solución, con la finalidad de reducir sus signos y síntomas al mínimo para que el tiempo que les quede de vida, lo disfruten al máximo con el menor sufrimiento.

Este tipo de cuidados paliativos, están ajustados para tratar los síntomas y efectos secundarios causantes de la enfermedad.

Estos cuidados, también se focalizan en la salida mental de las personas, sobre todo a nivel emocional y social. Los cuidados paliativos pueden administrarse a la vez que se le pone tratamiento al paciente.

Los cuidados paliativos

Estos cuidados suelen usarse desde que el médico diagnostica la enfermedad al paciente hasta que su vida termina.

Los cuidados paliativos son frecuentes en personas que tengan enfermedades del corazón, enfermedades en los pulmones, problemas en los riñones, demencia senil, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o esclerosis lateral amiotrófica (ELA).

Estos pacientes suelen tener la medicación en la receta electrónica debido a su uso constante.

Los cuidados paliativos pueden ser aportados por diferentes figuras que vamos a nombrar a continuación: médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales, fisioterapeutas.

2 Objetivos

El principal objetivo es saber cuáles son las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en personas que están sometidos a cuidados paliativos.

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.

Se han seleccionado los artículos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Una enfermedad de carácter grave afecta de forma muy negativa en todo el organismo, también causando dificultades en nuestra vida diaria y también en los familiares de la persona, por ello recurrimos a los cuidados paliativos.

Algunos efectos secundarios pueden ser: sensación de dolor, problemas a la hora de dormir o de respirar, pérdida de apetito, malestar estomacal.

El tratamiento paliativo puede incluir los siguientes elementos: medicinas, fisioterapia, terapeutas ocupacionales, integradores sociales y orientadores nutricionales.

Las personas que sufren esta enfermedad y sus familiares se someten a grandes episodios de estrés y ansiedad. Los familiares pueden ocuparse de cubrir las necesidades de los cuidados paliativos.

Este tipo de cuidados, tratan de mejorar la calidad de vida de los pacientes que cuentan con una enfermedad grave o que causa riesgo y en la vida de la persona, como por ejemplo la metástasis.

Los medicamentos ayudan a controlar el dolor, las náuseas y los vómitos.
Ayuda en su salud mental, a nivel emocional y espiritual.
Ayudarle y apoyarle para entender su enfermedad y diagnóstico y las consecuencias que traerá.
Ayuda a la hora de tomar decisiones en cuanto a su enfermedad.
Estas funciones son las que realizará el personal de enfermería:
La finalidad de la higiene diaria realizada por el auxiliar de enfermería, es lograr la comodidad del paciente, secando bien los pliegues o zonas de difícil acceso y también aplicando la crema hidratante. Los ojos del paciente se limpiarán con suero fisiológico y también se realizará una limpieza bucal con un enjuague antiséptico.
La alimentación deberá de ser ajustada a sus necesidades, pero sobre todo bebiendo la cantidad de agua necesaria. Debemos de ayudar a los pacientes con la alimentación en caso de que no se valgan por sí mismo.
Mantener una conversación con estas personas, haciéndoles aceptar y ver la situación que hay y que es la realidad y deben de aceptarla.

5 Discusión-Conclusión

Para cerrar este capítulo de libro, el equipo de profesionales sanitarios trabajarán conjuntamente para lograr una mayor calidad de vida y confort en los pacientes crónicos, siendo muy importante el papel del TCAE.
También es de gran necesidad cubrir todos los cuidados físicos y psicológicos del paciente.
La salud mental de estas personas es fundamental debido a que hay que hacerles entender y que acepten que tienen una enfermedad grave, crónica y que es incurable, por lo que deberán de seguir un tratamiento y unas necesidades para su mejoría y también para que sus familiares puedan estar más tranquilos sin llevar episodios de estrés y ansiedad graves.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. Benítez Del Rosario, Miguel Ángel; Salinas Martín, Antonio (2000). Cuidados paliativos y atención primaria: aspectos de organización. Springer - Verlag. ISBN

84-07-00228-3.

5. González Barón, Manuel (2007). Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte al enfermo de cáncer. Editorial Médica Panamericana. Madrid. ISBN 978-84-9835-131-6.

Capítulo 288

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE ESTERILIZACIÓN

MARIA SOLEDAD MORENO GARCÍA

INMACULADA CAÑAS PRIETO

MARIA DEL PRADO PERALTA SANCHEZ AREVALO

MARIA LUISA RUANO RODRIGUEZ

ALBA DÍAZ COGOLLUDO

1 Introducción

El principal responsable es el técnico en cuidados auxiliares de enfermería para el correcto funcionamiento del centro de esterilización del hospital, que se encarga de esterilizar todos los equipos que posteriormente puedan utilizarse, por ejemplo, para el diagnóstico o tratamiento del paciente, por ejemplo, durante la cirugía. Un error en la esterilización del equipo médico que entrará en contacto con los fluidos corporales del paciente puede tener efectos perjudiciales para la salud del paciente, al igual que la sangre.

La esterilización es un servicio que proporciona el hospital y del que depende; está centralizado y compartido con todos los departamentos, destacando el

bloque quirúrgico al que está adscrito. Con acceso directo al quirófano, su cliente principal, este suele estar situado en la primera planta o en el sótano. Se puede configurar tanto en horizontal, mediante dos circuitos o pasillos, uno para materiales sucios y otro para materiales limpios, como en vertical, mediante montacargas.

Para que los suministros médicos y los instrumentos quirúrgicos sean aptos para su uso en el futuro y para prevenir las posibles infecciones en pacientes y personal médico, la esterilización es un proceso que elimina por completo de ellos todas las formas de vida, incluidas las esporas.

2 Objetivos

- Conocer las diversas técnicas de esterilización, el procedimiento de lavado, clasificación y controles del material, así como el papel que desempeña el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TACE) 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 con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La principal responsabilidad de la enfermera en el departamento de esterilización es asegurarse de que todos los suministros se limpien, desinfecten y esterilicen adecuadamente antes de ser utilizados en los distintos servicios hospitalarios. El desarrollo de los servicios de desinfección está muy influenciado por las enfermeras, en particular:

- La limpieza es una técnica higiénica que implica acciones metódicas y planificadas, como la eliminación de residuos orgánicos e inorgánicos y la reducción del número de microorganismos en herramientas y materiales.
- Desinfección: Esta práctica higiénica tiene como objetivo erradicar los microorganismos.

La desinfección es una técnica de higiene que tiene como objetivo erradicar tanto los patógenos como los no patógenos, así como sus diversas formas esporas. Los quirófanos y salas de desinfección del TCAE tienen las siguientes finalidades para el personal sanitario no concurrente de conformidad con el artículo 76 del Reglamento de la Seguridad Social:.

- Cuidar, reponer y conservar la ropa, toallas, sábanas, etc.
- Colocarse guantes, preparar vendajes y otros suministros, etc.
- Ayudar a los asistentes médicos certificados en la preparación de suministros de esterilización.
- Asistir a paramédicos calificados con la organización de gabinetes y arsenales y la recolección y limpieza de instrumentación quirúrgica.
- En general, todas las actividades no profesionales de la salud ayudan a promover la roles de médicos, enfermeras o TCAE salud. Tres áreas diferenciadas componen el servicio de desinfección: sucia, limpia y estéril. Antes de trasladar materiales a áreas limpias, los TCAE se encargan de inspeccionar, limpiar, desinfectar, secar y clasificar los materiales que reciben en áreas sucias. El personal de enfermería prepara el embalaje de los materiales y vela por su correcto envasado en esta zona limpia, además de implementar diversos controles biológicos y químicos. Según el material que necesita ser esterilizado, TCAE elige una técnica de esterilización. El TCAE recibe el material esterilizado en el área estéril y se encarga de clasificarlo, fecharlo, entregarlo al departamento de servicio correspondiente y registrar todo el material procesado.

5 Discusión-Conclusión

Para el crecimiento de las operaciones hospitalarias, las unidades de servicios de desinfección son cruciales. Es responsabilidad de los TCAE, y es un trabajo crucial, limpiar, desinfectar y esterilizar adecuadamente todos los suministros hospitalarios. Debido a que esos lugares requieren más materiales y herramientas para los procesos de atención al paciente, los centros de esterilización deben estar muy cerca de los quirófanos, las unidades de cuidados intensivos, los servicios de reanimación y de emergencia. El personal de servicio debe recibir capacitación para comprender la importancia de estos procedimientos, mejorar su eficacia y ser capaz de minimizar el riesgo de contaminación al realizar cada procedimiento con cuidado.

6 Bibliografía

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

Capítulo 289

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES EN EL MANEJO DE CITOSTÁTICOS

MARIA SOLEDAD MORENO GARCÍA

INMACULADA CAÑAS PRIETO

MARIA DEL PRADO PERALTA SANCHEZ AREVALO

MARIA LUISA RUANO RODRIGUEZ

ALBA DÍAZ COGOLLUDO

1 Introducción

Comprender la terminología utilizada en la sección de citostáticos, que son medicamentos que pueden detener la propagación de las células cancerosas y/o cambiar el metabolismo de la célula, es crucial para comenzar a comprender cuáles son las funciones de los TCAE en esta área.

Los siguientes conjuntos de situaciones que implican los siguientes conjuntos de operaciones se denominarán de ahora en adelante “manejo citostático”.

- La implementación de una dosificación basada en una presentación de marketing.
- Administrar la dosis prescrita al paciente.

- La retirada o recogida de residuos sobrantes de operaciones anteriores, principalmente los lugares donde los citostáticos se utilizan con mayor frecuencia o donde se exponen con mayor frecuencia a ellos, son:
- Servicios de farmacia para preparación.
- Salas de internación en oncología, hematología y otros hospitales donde se prestan con una capacidad más limitada.
- Hospitales de día (reumatología, oncología, etc.).

Como los citostáticos como la ciclofosfamida pueden estar presentes en el sudor, la exposición también es una posibilidad al retirar los excrementos del paciente o al administrar una terapia citostática.

Se debe considerar cualquier acción que pueda resultar en contacto directo con el mismo, incluyendo limpieza de derrames, mantenimiento y limpieza del lecho y/o caja, transporte, almacenamiento, etc.)

Una de estas actuaciones dependerá del conjunto de medidas preventivas elegidas, por lo que es fundamental establecer la exposición potencial y su nivel en función del análisis de riesgos realizado en cada caso individual.

2 Objetivos

- Conocer las definiciones y aplicaciones de los citostáticos e informarles sobre cualquier exposición que puedan enfrentar, así como las mejores formas de manejar y eliminar los desechos que producen.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para prevenir riesgos en el cuerpo de una persona a través de la penetración y los tratamientos de los citostáticos, como en los casos de:, es fundamental comprender los diversos puntos de entrada al cuerpo y los riesgos de los citostáticos.

- Aspiración de aerosoles y contacto de gotas, que frecuentemente se produce cuando se aplican soluciones citostáticas.
- Por contacto directo con las mucosas o la piel, como ocurriría cuando se administra un medicamento.
- El método menos popular es consumir alimentos, bebidas o cigarrillos contaminados por vía oral.
- Parenteralmente, que consiste en inyectar el medicamento directamente en el torrente sanguíneo a través de cortes o pinchazos involuntarios provocados por ampollas rotas.

Se requiere protección personal para el empleado que se encuentra en este puesto y podría estar expuesto a estos riesgos.

Además de los requisitos, los miembros del personal deben estar calificados para realizar su trabajo porque están expuestos al manipular pacientes.

Una de las mejores precauciones es lavarse las manos con agua y jabón u otro agente antibacteriano antes de ponerse los guantes. También puedes lavarte las manos con una solución hidroalcohólica después.

Al manipular estas sustancias, los guantes deben cambiarse tan pronto como se ensucien o se rompan, lo que debe ocurrir aproximadamente cada 30 minutos a una hora. Ningún material es completamente impermeable a todos los citostáticos porque cada uno tiene una composición química y un conjunto de características de permeabilidad diferentes.

Las mezclas de agentes citostáticos deben realizarse en cabinas de seguridad biológica; Se utilizan cajas o armarios especiales diseñados para este fin. Se crean mediante un flujo de aire laminar filtrado que garantiza la seguridad tanto del producto como del trabajador.

Por ello, es fundamental que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) conozca todos los riesgos y técnicas de prevención de infecciones.

5 Discusión-Conclusión

Según la bibliografía consultada, podemos concluir que los medicamentos antiinflamatorios han mejorado las posibilidades de supervivencia y calidad de vida de los pacientes con enfermedad neoplásica.

Los tratamientos contra el cáncer, incluidos los citostáticos, han avanzado mucho.

Por otro lado, se ha descubierto que estos medicamentos son teratogénicos, mutagénicos y cancerígenos; también fomentan el crecimiento de neoplasias secundarias y desempeñan un papel importante en el desarrollo de muchas de ellas.

El daño epidérmico local a la piel y las membranas mucosas puede resultar de su acción vesicante, irritante o alérgica. En consecuencia, es fundamental que el equipo de salud, entre otras cosas, y especialmente los TCAE, presten atención a la bioseguridad en el uso de citostáticos.

6 Bibliografía

1. Conde-Estévez, D., & Mateu-de Antonio, J. (2012). "Actualización del manejo de extravasaciones de agentes citostáticos." *Farmacia Hospitalaria*.

Capítulo 290

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PRIMEROS AUXILIOS

MARIA SOLEDAD MORENO GARCÍA

INMACULADA CAÑAS PRIETO

MARIA DEL PRADO PERALTA SANCHEZ AREVALO

MARIA LUISA RUANO RODRIGUEZ

ALBA DÍAZ COGOLLUDO

1 Introducción

Antes de que llegue el personal especializado y sea transportado a un hospital o centro médico, los primeros auxilios son la atención inmediata, adecuada y a largo plazo que se brinda a las personas que resultan lesionadas o que han desarrollado enfermedades repentinamente.

Por ello, son procedimientos médicos básicos que se crean en el momento, normalmente solo requieren unos pocos materiales y se utilizan en los primeros segundos.

Todos debemos poseer los conocimientos fundamentales para estar siempre preparados en caso de una situación vital urgente, no solo los profesionales de

la salud. Quemaduras, insolaciones, fracturas y asfixias son solo algunas de las emergencias o accidentes diarios que ocurren. Cuando ocurre un hecho inesperado, debemos actuar con rapidez y decisión para paliar sus efectos y salvar la vida del paciente.

El principal objetivo de los primeros auxilios es la rápida recuperación del paciente. Debemos ser conscientes de que en ningún caso sirven para así sustituir la atención y asistencia experta que ofrecen los profesionales médicos (como son los médicos, las enfermeras y el auxiliar de enfermería de un servicio especializado).

2 Objetivos

- Informar sobre la labor crucial que realizan los TCAE en estas situaciones, donde el objetivo es la preservación de la vida del accidentado.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 dos tipos de primeros auxilios que existen deben ser diferenciados por el TCAE y el resto del personal médico.

-Primeros auxilios de emergencia: Se refiere a tratamientos que deben administrarse inmediatamente en casos en que la vida de la persona lesionada corra grave peligro, como paro cardíaco, asfixia, shock, hemorragia e intoxicación.

-Los primeros auxilios que no son de emergencia se utilizan en casos en los que la vida de la persona lesionada no está en peligro inmediato, como cuando experimenta dolor en el brazo que podría indicar una rotura o un esguince, pero que no resultará en la muerte actuar en caso de emergencia siempre requiere cumplir con él.

-Proteger, prevenir y ayudar. Por lo tanto, se asegurará de que se haga en ese orden.

- Además, el TCAE debe realizar la siguiente tarea crucial y esencial de primeros auxilios:
- Él será responsable de brindar confianza y tranquilidad a la víctima y, al mismo tiempo, asegurarse de que nunca se quede sola.
- Junto con el resto del equipo, deberás valorar la situación.
- El TCAE intentará mantener la temperatura corporal de la persona lesionada.
- En todo momento, el TCAE solo deberá realizar las tareas que le sean pertinentes, absteniéndose de interferir cuando no esté obligado a ello.
- Debes asegurarte de que nadie mueva al herido ni le dé agua, comida o medicamentos.
- Se debe estar atento a los signos vitales del paciente, que incluyen su pulso, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, temperatura corporal y presión arterial, porque revelan qué tan bien están funcionando sus órganos vitales.
- Si el paciente llevaba joyas o portaba otros objetos de valor incalculable en el momento del accidente, el TCAE los conservará para evitar que se extravíen.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo en equipo, la distribución de tareas y las funciones de los TCAE (así como del resto del equipo sanitario) son cruciales. Haga todo lo posible para ayudar a la recuperación del paciente y prevenir complicaciones.

Como dije anteriormente, todos deberíamos estar equipados con el conocimiento necesario para actuar rápida y efectivamente en una situación urgente o de emergencia con el fin de salvar la vida de una persona.

Ciertas pautas y procedimientos deben ser seguidos por los profesionales de la salud. Para evitar la confusión y el desorden que puede resultar de la intervención de numerosos profesionales de la salud al mismo tiempo y en la misma área, esta debe ser la situación reducida.

Es fundamental favorecer el acceso a la formación continuada, permitiendo así la especialización y el futuro reconocimiento de un perfil profesional que permita a este colectivo una mayor estabilidad y continuidad dentro de los equipos asistenciales. Pero, especialmente, es necesario el reconocimiento de los estamentos que conviven en la propia unidad asistencial y que la tríada facultativo-enfermera-TCAE se entienda como una verdadera unidad asistencial.

6 Bibliografía

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

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

Capítulo 291

EL TRABAJO COMO TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN

IRENE MUÑOZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Cuando en algún momento de la vida la salud se ve comprometida, perdiendo capacidades como son las físicas, viéndose limitado el movimiento, también sensoriales, cognitivas o mentales. Se hace necesaria la intervención médica.

Más adelante se tratará de dar a conocer este tipo de tratamiento médico un cuidado que denominamos como rehabilitación. Básico para revertir las consecuencias de una patología y fomentar la independencia para mejorar aspectos de la vida diaria.

En este caso con el foco puesto en la unidad de rehabilitación dentro de un complejo hospitalario, donde acuden pacientes de forma ambulatoria y los que ya están ingresados son trasladados al servicio para tratar adecuadamente su caso en concreto.

Para saber a qué nos referimos se dará a conocer como es la unidad, el personal que trabaja en ese espacio y como están perfectamente coordinados y formados para el desarrollo de su trabajo diario

En el hospital usarán diversas herramientas, terapias, aparatología que ayudarán a la mejoría de los pacientes.

A diferencia de la rehabilitación domiciliaria, que se ve un poco limitada por la ausencia de diferentes máquinas pesadas que no se pueden trasladar al domicilio

o a instituciones residenciales en el caso de las personas mayores que residen en estos establecimientos.

2 Objetivos

- Conocer como es la unidad de rehabilitación de un hospital.
- Detallar las funciones de los profesionales que se encuentran en este servicio hospitalario.

3 Metodología

La revisión bibliográfica y diferentes búsquedas con las palabras: rehabilitación, funciones del TCAE en el área de rehabilitación. Se ha realizado en páginas como MedlinePlus, Revista médica, Congreso Sicepa...

Recopilando información y haciendo síntesis de todas ellas da como resultado el presente capítulo.

4 Resultados

La rehabilitación como el cuidado a revertir una incapacidad del movimiento total o parcial, es necesaria después de una intervención quirúrgica como por ejemplo las que engloba el servicio de traumatología.

También a causa de enfermedades neurológicas como pueden ser el ictus, lesiones medulares entre otras.

En esta unidad se encuentra un equipo multidisciplinar formado por médico rehabilitador, fisioterapeutas y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.

El trabajo de estos últimos que es el que se detalla en este artículo empieza desde primera hora. Comprobando los pacientes citados de forma ambulatoria, si su llegada es en ambulancia o no y las distintas horas a las que acudirán.

Todo estará listo, fijándonos bien en el correcto funcionamiento de los aparatos como la luz infrarroja de las cabinas, la magnetoterapia o el control de la temperatura de la parafina entre otros.

Asegurar el correcto stock en textil para un cambio de sábana de camilla tras el paso de cada paciente por ella.

Por lo general el TCAE es la primera cara que el paciente ve al llegar a este espacio, el encargado de acomodar a cada uno de ellos en el espacio correcto según el tratamiento rehabilitador que vaya a realizar.

A partir de este momento apoyará a los fisioterapeutas en lo que puedan necesitar, facilitará información sobre los ejercicios al paciente que lo requiera y cuando finalice el tratamiento desechará el material fungible utilizado.

Todo debe quedar correctamente organizado y repuesto. No puede haber ningún obstáculo que presente un riesgo para pacientes y profesionales. Tras los pacientes ambulatorios también acuden los ingresados por el estado de su patología. El TCAE acudirá a la habitación para su traslado en silla de ruedas al servicio de rehabilitación y se responsabilizará de su cuidado durante la realización de los ejercicios.

5 Discusión-Conclusión

Como se puede comprobar el servicio de rehabilitación es muy importante para la salud de las personas, que ven comprometida total o parcialmente su función física o mental.

Acceden a tratamientos para recuperar todo lo posible su movimiento así como la independencia.

Los profesionales TCAE están correctamente formados, conociendo bien los distintos ejercicios que realizan los pacientes para poder instruir y ayudarlos cada día.

Son un apoyo fundamental al equipo de fisioterapeutas.

Y se encargan de dar soporte con herramientas administrativas, gestión de citas e historias de los pacientes. Petición y correcta distribución de todo el instrumental y material necesario para el buen funcionamiento del servicio hospitalario.

6 Bibliografía

1. Medlineplus.gov
2. Congresosicepa.com
3. Revistamedica.com

Capítulo 292

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

MARIA JOSEFA HERREROS CALERO

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ VALERA

ROSA MONTERO NÚÑEZ

CAROLINA BERNAL MUÑOZ

MARÍA DE LA PAZ GONZÁLEZ LÓPEZ

1 Introducción

En 1775, el médico inglés John Hunter desarrolló un sistema ventilatorio de doble vía que permitía la entrada de aire fresco por una de ellas y la salida del aire exhalado por otra, el cual utilizó solo en animales.

La respiración es algo vital para cualquier ser humano, algo que no le damos importancia, ya que el mismo organismo hace las funciones vitales por rutina, porque está dispuesto para que el individuo viva sin tener que pararse a pensar si está respirando o no, es algo que su cuerpo hace inconsciente e involuntariamente.

Ahora bien, cuando este acto fundamental para la vida, se interrumpe por cualquier motivo involuntario del individuo, es cuando comienza, un problema

biológico que hay que solucionar con urgencia por el peligro inminente que corre la vida de este ser.

Cuando el cuerpo de un ser humano deja de respirar, el acto es un acontecimiento potencialmente mortal que condiciona al individuo a una atención médica inminente y de primeros auxilios vitales para su existencia, ya que de no tener ayuda para estos primeros auxilios la persona caerá en parada cardiorrespiratoria causándole la muerte. La ventilación mecánica es una técnica de terapia clínica y de soporte vital que colabora a la mejoría y recuperación de los pacientes en estado crítico.

2 Objetivos

La práctica usada para la intubación endotraqueal es merecedora de gran importancia porque gracias a la intubación el paciente se mantiene ventilado y con vida, conectado a un respirador .

Esta práctica ayuda a rebajar la mortalidad a individuos con problemas respiratorios que necesitan ventilación mecánica por el riesgo que corre su vida.

,

3 Metodología

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

4 Resultados

El TCAE asistirá al equipo multidisciplinar que realiza esta técnica, apoyando a los profesionales en todo el material y herramientas que necesiten .

Es función del técnico auxiliar de enfermería adelantarse a la práctica y tener preparado el material ,y listo y comprobado el aparataje ,tomas de oxígeno ,toma de aspiración etc que se usará con el individuo .

El TCAE comprobará la toma de oxígeno viendo que funciona correctamente .
La toma de aspiración ,comprobando que aspira dejando el sistema montado con el contenedor y la tubuladura montada .dejaremos cerca del aspirador sondas de diferentes tamaños por si las necesitan durante la practica.

El ambú conectado a una toma de oxígeno comprobando que funciona y esta bien armado.

El TCAE tendrá preparado equipos de protección individual para los profesionales que llevarán a cabo la práctica ,guantes ,batas ,calzas, gorros ,mascarillas fp2,mascarillas quirúrgicas ,gafas , paños estériles .

Lo primero que pondremos delante del box ,donde se va a llevar la práctica, es el carro de paradas ,por el riesgo que conlleva el que se pueda quedar en parada cardiorrespiratoria el individuo al que se le realiza la intubación.

El carro de intubación también se deja cerca de la puerta del box donde se va a intubar.

El profesional que se encarga de intubar pedirá con premeditación el número de tubo que quiere,entonces el TCAE preparara tubo endotraqueal del número exigido y dos tubos más ,uno de número anterior y otro de un número superior .

Fiador semirigido ,con el tamaño adecuado respecto al tubo.

Una jeringa de 10cc para hinchar el neumo ,(el neumo se comprobará antes de insertar el tubo),

Lubricante hidrosoluble ,

Cánula de guedel del número que recomienda el profesional.

Laringoscopio, estas palas tienen diferentes número y por lo tanto tamaños diferentes ,prepararon dos de números diferentes recomendación del facultativo ,se comprueba que funcionan las luces correctamente teniendo pilas cerca por si fallara la iluminación de las palas .

Cinta para sujetar el tubo y una guia de esparadrapo para asegurar cada vez que se cambie la cinta que el tubo sigue en su sitio.

El tecnico auxiliar de enfermeria se encargara de llevar volantes a los servicios como radiología para hacer placa y comprobar que el tubo está bien puesto,a laboratorio a llevar sangre, farmacia a recoger medicación para el paciente ,laboratorio etc.....

5 Discusión-Conclusión

La intubación endotraqueal es la técnica que permeabiliza y aísla la vía respiratoria permitiendo la administración de oxígeno y la aspiración de secreciones .

Los cuidados de enfermería son fundamentales para los pacientes que están intubados en estado crítico .La atención y vigilancia prestada a este paciente es de interes común de todos los profesionales que prestan sus cuidados de enfermería ,son para evitar procesos infecciosos que implica la vida del individuo.

Es por eso la importancia de la formación de todo el personal de este servicio y fundamental que reconozcan todo el material necesario para llevar a cabo la práctica y los cuidados ,identificando todas las herramientas con las que se trabaja la intubación , la preparación del aparataje con la que se lleva a cabo el mantenimiento del tubo y por lo tanto el mantenimiento cuerpo del paciente.

Las TCAE están formadas para asistir y apoyar al equipo multidisciplinar durante el acto , sabiendo reconocer el material,aparataje,herramientas,carros de intubación y el protocolo para una buena praxis y flexibilidad durante la intubación ,también para los cuidados del paciente, adelantándose a los cuidados para tener todo el material preparado .

6 Bibliografía

PUBMED
SCIELO

Capítulo 293

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA RESPECTO AL PACIENTE NEONATO

NURIA GALINDO CASADO

PATRICIA LOPEZ MERINO

DAVID GARCÍA RUBIO

DAVINIA GARCÍA -MORENO ARAQUE

JUAN CARLOS RECIO DELGADO-AGUILERA

1 Introducción

El papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) es de vital importancia en el ámbito de la salud, desempeñando un papel fundamental en la atención de pacientes en diversas etapas de la vida, incluyendo a los recién nacidos. Los técnicos auxiliares de enfermería son profesionales de la salud que actúan como el vínculo esencial entre el personal médico y los pacientes, brindando un apoyo indispensable para garantizar una atención de calidad.

En el contexto de la atención a recién nacidos en un entorno hospitalario, los TCAE desempeñan un papel multidimensional. Su labor va más allá de la mera asistencia, ya que implican una combinación de habilidades técnicas, empatía y

un profundo compromiso. Entre sus funciones se encuentran la asistencia en la higiene y cuidado del recién nacido, la toma de signos vitales, la administración de medicamentos bajo supervisión, y la colaboración con el equipo de enfermería en la realización de procedimientos médicos.

Además, los TCAE ofrecen apoyo emocional a los padres, explicando los procedimientos y brindando seguridad en momentos de incertidumbre. Su presencia tranquilizadora es fundamental para crear un entorno de cuidado y confianza tanto para el bebé como para su familia.

En este contexto, exploraremos en detalle las responsabilidades y la importancia de los TCAE en la atención a recién nacidos en el ámbito hospitalario, destacando su impacto en la salud y el bienestar de los más jóvenes de nuestra sociedad.

2 Objetivos

Analizar y comprender las funciones esenciales del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el cuidado y atención de recién nacidos en entornos hospitalarios, destacando su contribución a la salud y el bienestar de los neonatos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se ha consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed y Scielo. También se han consultado diferentes temarios de oposición.

4 Resultados

Los resultados de este estudio revelan un panorama fundamental en cuanto a las funciones desempeñadas por los técnicos auxiliares de enfermería en la atención y cuidado de recién nacidos en entornos hospitalarios. Se ha observado que estos profesionales desempeñan un papel integral en el equipo de atención médica, contribuyendo de manera significativa al bienestar y salud de los neonatos.

En primer lugar, se ha constatado que los TCAE son responsables de la monitorización continua de los signos vitales de los recién nacidos, incluyendo la temperatura, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y la saturación de

oxígeno. Esta labor es esencial para detectar cualquier signo de deterioro en la salud del bebé y tomar medidas oportunas.

Además, los resultados indican que los TCAE desempeñan un papel clave en la asistencia de cuidados básicos, como la alimentación, el cambio de pañales y la higiene del recién nacido. Esta atención cercana y continua asegura el confort y la higiene del bebé, promoviendo su desarrollo saludable.

Otro aspecto destacado en los resultados es la colaboración activa de estos profesionales en procedimientos médicos especializados, como la administración de medicamentos y la toma de muestras. Su participación precisa y segura contribuye a la eficacia de estos procedimientos.

En términos de apoyo emocional, los resultados resaltan el rol fundamental de los TCAE al tranquilizar a los padres y proporcionarles información comprensible sobre la salud y el bienestar de su recién nacido. Esta comunicación efectiva y empática desempeña un papel clave en la construcción de la confianza de los padres en el equipo de atención médica.

En resumen, los TCAE son piezas esenciales en el cuidado de recién nacidos en hospitales, desempeñando funciones cruciales que abarcan la monitorización de signos vitales, la asistencia en cuidados básicos, la colaboración en procedimientos médicos y la provisión de apoyo emocional tanto al bebé como a sus padres. Su contribución se traduce en un entorno de atención de calidad y en el bienestar de los neonatos.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se confirma que las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el cuidado de recién nacidos en hospitales son de vital importancia. Estos profesionales desempeñan un rol esencial en la atención integral de los neonatos, contribuyendo a su bienestar y a la tranquilidad de las familias.

Los efectos de su labor se traducen en una atención más efectiva y segura, ya que la monitorización constante de signos vitales y la asistencia en procedimientos médicos son fundamentales para la detección temprana de problemas de salud. Además, la colaboración activa con el personal médico asegura una atención coordinada y oportuna.

La presencia de los TCAE también tiene un impacto emocional significativo, al proporcionar apoyo y tranquilidad a los padres, ayudándoles a comprender y participar activamente en el cuidado de sus bebés. En última instancia, las funciones de estos profesionales en el cuidado de recién nacidos en hospitales contribuyen a la promoción de la salud y al bienestar de los neonatos, lo que subraya su importancia inestimable en el entorno hospitalario.

6 Bibliografía

1. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-tecnico-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-en-la-unidad-de-neonatologia/>.

Capítulo 294

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL QUIRÓFANO

LAURA INIESTO GOMEZ

MARÍA MERCEDES HERNÁNDEZ MONGE

MARISOL VILLALBA DEL MAZO

ELENA JIMENEZ SANZ

ELENA CARRETERO GUTIÉRREZ

1 Introducción

Un quirófano es una sala que se encuentra específicamente acondicionada para que se puedan practicar intervenciones quirúrgicas dentro de ella (las intervenciones realizadas podrán ser de mayor o menor índole). Suelen estar ubicados en los centros hospitalarios, pero en los centros de atención médica primaria también suele haber algún pequeño quirófano para una intervención de urgencia. Estos quirófanos deberán estar debidamente preparados para realizar intervenciones quirúrgicas preparadas y planificadas como para realizar intervenciones quirúrgicas de urgencia o improvisadas además estarán dotados con una serie de materiales básicos y la sala debe cumplir una serie de condiciones. Dentro del quirófano podemos encontrar una serie de zonas que diferenciaremos claramente:

- Área negra: zona que separa la entrada del quirófano del resto del hospital. Se considera una sala de transición
- Área gris: zona que hay al pasar el área negra. En ella hay grandes zonas por las que mover equipos quirúrgicos, camas y camillas. En esta zona el personal sanitario como médicos, enfermeros y tcas se realizarán el lavado quirúrgico de manos.
- Área blanca: es la sala de operaciones, el quirófano en sí, es una zona estéril. Es muy importante que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería reconozca todas las áreas del quirófano.

2 Objetivos

- El principal objetivo para el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) será conocer el funcionamiento de las diferentes áreas quirúrgicas así como las tareas que debe llevar a cabo en las mismas.

3 Metodología

Los datos científicos para llevar a cabo este trabajo se han obtenido de una revisión bibliográfica de publicaciones científicas en bases de datos como Medline, Wikipedia, así como en el buscador Google Académico, introduciendo los términos de búsqueda combinados con filtros y descriptores como: tcae, área, quirófano.

También se han consultado publicaciones científicas difundidas en diferentes revistas Españolas y Guías de prácticas Clínicas.

4 Resultados

Antes de comenzar a describir las funciones que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería llevará a cabo en el quirófano, debemos enumerar una serie características físicas que debe tener estas áreas tan exclusivas del hospital como son los quirófanos y entre ellas caben destacar:

- La superficie de las zonas del quirófano deberán ser lisas y con suelos antideslizantes en su totalidad.
- La temperatura siempre deberá oscilar entre los 18° y 22°, nunca superandola.
- Deberá contar con filtros HEPA y una iluminación regulable hasta 1000 lux.
- El tamaño del quirófano no deberá ser menor a 38m²

-La altura de techo deberá oscilar entre 2.6 a 3 metros.

La tareas que un técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe llevar a cabo en un quirófano con los pacientes serán las siguientes según el área quirúrgica en la que se encuentre:

Área quirúrgica para el preoperatorio del paciente

- + En este área prestaremos ayuda al personal sanitario que se encuentre en ella para la esterilización de los materiales utilizados exclusivamente en intervenciones quirúrgicas.

- + Se deberá informar a la familia y los pacientes sobre las dudas que se presenten antes de la intervención

- + Se prepararán y comprobarán los materiales necesarios para el uso en la operación.

- + Organizarán y prepararán al paciente el día de la cirugía .

Área quirúrgica para el proceso intraoperatorio del paciente

- + Proporcionara a las personas los implementos que puedan necesitar.

- + Brindará el soporte emocional necesario antes de inocular la anestesia a los pacientes y los tranquilizará de ser necesario.

- + Limpiarán y recogerán los instrumentos utilizados en esa intervención para una siguiente operación.

Área quirúrgica para el postoperatorio del paciente

- + En este área se realizarán los cambios de mantas y sábanas necesarios al paciente.

- + Se intentará lograr confort en los pacientes con la colocación de mantas térmicas manteniendo así una buena temperatura.

- + Se proporcionará la medicación al paciente pautada por el facultativo.

Es de gran importancia destacar las tareas que hace un técnico en cuidados auxiliares de enfermería desarrollará en las diferentes área quirúrgicas de un quirófano pues su trabajo es más amplio e implica diversas actividades.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el quirófano es un área exclusiva que deberá contar con ciertas características específicas, puesto que la finalidad de este, son las intervenciones quirúrgicas que necesitan de unas condiciones físicas especiales para evitar infecciones y contaminación que puede repercutir de forma negativa sobre el paciente, pudiendo llegar a provocarle complicaciones graves o incluso la muerte.

Es importante destacar las labores que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería llevará a cabo ya que son múltiples, desde la reposición de materiales hasta

la ayuda y apoyo al equipo médico y de enfermería así como la limpieza exhaustiva de los instrumentales, además de la preparación del paciente para el día la cirugía.

6 Bibliografía

1. <https://yoamoenfermeriablog.com/2018/10/29/quiroyfano-caracteristicas/>.
2. <https://www.quimica.es/enciclopedia/Quir%C3%B3fano.html>.
3. <https://daeformacion.com/funciones-tcae-quiroyfano-reposicion/>.

Capítulo 295

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA FRENTE AL PACIENTE OSTOMIZADO

LAURA INIESTO GOMEZ

MARÍA MERCEDES HERNÁNDEZ MONGE

MARISOL VILLALBA DEL MAZO

ELENA JIMENEZ SANZ

ELENA CARRETERO GUTIÉRREZ

1 Introducción

Para comenzar definiremos el concepto de ostomía: una ostomía es una apertura de una víscera al exterior a través del abdomen. La víscera que está en el exterior, llamada estoma, permite la salida de heces y gases al exterior. Debido a que ya no se podrá controlar el momento de evacuación, se coloca una bolsa alrededor del estoma para recolectar los fluidos que puedan producirse. Esta bolsa deberá cambiarse o podrá vaciarse según el sistema del que disponga.

Los estomas pueden variar de color al pasar un tiempo después de ser realizada la operación y se pueden localizar en diferentes puntos del abdomen según la parte del intestino que haya sido afectado; pudiendo encontrarse en el lado izquierdo

o derecho, o llegando a estar incluso más centrado, otros pueden estar hasta en la zona lumbar.

Las patologías que derivan en el paciente para tener que realizar una intervención y colocarle un estoma son variadas pero muy concretas: enfermedades inflamatorias intestinales como la colitis ulcerosa o la enfermedad de Crohn, tumores colorrectales, y enfermedades hereditarias como la poliposis familiar. Accidentes traumatológicos que puedan afectar a la zona rectal y urogenital son las más comunes.

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería serán los encargados de asesorar y educar al paciente para el cuidado adecuado de su estoma.

2 Objetivos

Exponer e indicar los cuidados a un paciente ostomizado por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en los centros sanitarios.

3 Metodología

Los datos científicos para llevar a cabo este trabajo se han obtenido de una revisión bibliográfica de publicaciones científicas en bases de datos como Medline, Wikipedia, así como en el buscador Google Académico, introduciendo los términos de búsqueda combinados con filtros y descriptores como: funciones, paciente, ostomizado. También se han consultado publicaciones científicas difundidas en diferentes revistas Españolas y Guías de prácticas Clínicas.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería deberá proporcionar a estos pacientes una serie de cuidados y atenciones no sólo a nivel físico, sino también a nivel psicológico y en todo lo referentes a pautas alimenticias. La educación del paciente sobre el cuidado del estoma es más eficaz si se incluye antes de la cirugía, esto permite a los pacientes adquirir las destrezas en el manejo de sus estomas con anterioridad, por ello desde el mismo momento en que el paciente ha sido intervenido para la colocación de un estoma el técnico en cuidados auxiliares de enfermería deberá de comenzar a educarlo en todo el proceso ayudándolo en sus cuidados. Esta estrategia reducirá el tiempo de postoperatorio notablemente, el ingreso hospitalario y las cargas de trabajo en atención primaria.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería deberá de educar al paciente ostomizado para que realice los siguientes cuidados:

- Siempre antes de comenzar deberá realizar la higiene de las manos con un jabón antiséptico, o utilice una solución hidroalcohólica.
- A continuación, deberá retirar suavemente la bolsa usada, evitando tracciones de la piel, desde la parte superior a la inferior (para evitar derrames).
- Algo muy importante será observar las características del estoma. El color rojo brillante indicará al tanto al técnico en cuidados auxiliares de enfermería como al paciente que hay una buena circulación y un estoma húmedo .
- A continuación, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería o el paciente deberán limpiar el estoma y la zona circundante con una esponja suave impregnada con jabón neutro, después aclararlo bien ya que se puede reseca la piel.
- Seguidamente se secará el estoma y la piel circundante siempre con mucho cuidado.
- Seleccionaremos la bolsa apropiada a las características del estoma y según el tipo de dispositivo que sea la colocaremos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los profesionales sanitarios como los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería establecen una relación de confianza con el paciente desde el primer momento antes de realizar la intervención quirúrgica, pues es el técnico en cuidados auxiliares de enfermería el que le explica el proceso y cómo va a cambiar su vida. De esta forma, gracias a la información que los estos profesionales proporcionan a los pacientes y también al cuidador principal del enfermo, se consigue mejorar la calidad de vida de estos y se reduce la ansiedad del mismo, fomentando, al mismo tiempo, los autocuidados para que disponga de los recursos necesarios para gestionar su situación.

6 Bibliografía

1. <https://es.wikipedia.org/wiki/Ostom%C3%ADa>.
2. <https://www.farmaceticoscomunitarios.org/es/journal-article/apoyo-vital-alpaciente-ostomizado-tras-alta-hospitalaria>.
3. <https://revistamedica.com/tcae-aseo-cuidados-ostomizados/>.

Capítulo 296

SERVICIO DE NEONATOLOGÍA Y EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO

MARÍA MERCEDES HERNÁNDEZ MONGE

MARISOL VILLALBA DEL MAZO

ELENA JIMENEZ SANZ

ELENA CARRETERO GUTIÉRREZ

LAURA INIESTO GOMEZ

1 Introducción

Se define la neonatología como la rama de la pediatría dedicada a la atención del recién nacido sea éste sano o enfermo. Los servicios de neonatología de los centros sanitarios deben disponer de todos los recursos necesarios para atender a los recién nacidos extremadamente prematuros y con patología grave neonatal, así como los neonatos que nazcan sanos y en la semana correspondiente. Esta unidad abarca la asistencia en el momento del parto, la atención en la maternidad a la madre y al neonato sano, y también los cuidados médicos al neonato que los precisa.

Los servicios de neonatología están integrados por personal cualificado y con experiencia en el tratamiento con los neonatos como el equipo médico de neonatos

y pediatras, el equipo de enfermería y los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería. En estos servicios de neonatología los padres de los bebés pueden entrar a la unidad las veinticuatro horas del día para estar con sus hijos y disponen de una sala para ellos, donde también se reúnen para compartir experiencias con otros padres en su misma situación o con profesionales sanitarios de la unidad, pudiendo resolver las dudas que surjan (si son padres primerizos). Hay que destacar la importancia de la figura del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en estos servicios ya que realizan un papel fundamental en la integración de los padres en el cuidado de sus hijos.

2 Objetivos

Conocer las diferentes funciones que debe llevar a cabo el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el servicio de neonatología del hospital.

3 Metodología

Para la realización de 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 únicamente los que se ajustaban al criterio establecido para la elaboración de esta revisión, los cuales quedan reflejados en la bibliografía. Palabras clave: servicio, neonatología, cuidados.

4 Resultados

Una vez terminado el parto el técnico en cuidados auxiliares de enfermería proporcionará junto con el equipo de enfermería unos cuidados inmediatos al recién nacido que son aquellos cuidados que van a continuación de la valoración inicial, estos cuidados también se realizan en el área de la sala de partos, antes de ser trasladados al servicio de maternidad.

Estos cuidados inmediatos llevados a cabo por el equipo de enfermería y los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería son los que enumeraremos a continuación:

- En primer lugar, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería pasará al recién nacido de la incubadora de transporte a la de la unidad. A continuación, se

monitorea al bebé.

- Si es necesario, avisará al equipo de enfermería para proceder a la aspiración de secreciones.
- Seguidamente se comprueba la temperatura del bebé (la primera determinación se hace rectal, para descartar la existencia de ano imperforado).
- Después el técnico en cuidados auxiliares de enfermería realiza el pesaje del recién nacido y después se encargará de realizar la medición del perímetro cefálico y talla.
- Seguidamente coloca el manguito de tensión para comprobar todas las constantes vitales, en el caso de percibir cualquier alteración, se avisará de inmediato al equipo de enfermería y ellos valorarán si se debe avisar al equipo médico.
- Si todo es correcto, realizaremos la profilaxis ocular (eritromicina oftálmica en crema) y la administración de vitamina K por vía intramuscular.
- En el caso de que el recién nacido sea muy pequeño, deberá ser colocado en un nido para que mantenga la postura en flexión.
- El técnico en cuidados auxiliares de enfermería dispondrá una tela verde sobre la incubadora para evitar que los estímulos luminosos afecten al descanso del recién nacido.
- Cuando el bebé está caliente, se avisará al equipo de enfermería que deberá realizar la primera determinación de glucemia y gasometría capilar.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la unidad de neonatos de los servicios hospitalarios deberá estar atendida en todo momento por un equipo multidisciplinar, del cual el técnico en cuidados auxiliares de enfermería forma parte y es un eslabón fundamental en la cadena. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería junto con el equipo de enfermería es el profesional que más contacto tiene con el recién nacido, por ello debe estar muy atento a cualquier cambio o alteración que observe en él, y comunicarlo inmediatamente al personal de enfermería o al equipo médico de neonatología. Además tendrá un papel fundamental para ayudar a los padres a participar en los cuidados de su hijo, fortaleciendo de esta manera los lazos afectivos.

6 Bibliografía

1. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/el-tcae-en-la-unidad-de-neonatologia/2/>.

2. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002271.htm>.
3. <https://es.wikipedia.org/wiki/Neonato>.

Capítulo 297

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON EL PACIENTE PEDIÁTRICO

JULIA YUSTE GUTIÉRREZ

MARÍA JOSÉ ZARAPUZ SÁNCHEZ

LORENA CANO LOPEZ

ESTEFANÍA MERINO CARMONA

ANA GÓMEZ SORIANO

1 Introducción

Un paciente pediátrico se refiere a un niño o adolescente que recibe atención médica en un entorno hospitalario o clínico. La atención pediátrica se distingue por su enfoque en las necesidades médicas y emocionales únicas de los pacientes jóvenes. Estos pacientes pueden variar en edad desde recién nacidos hasta adolescentes, y las condiciones que enfrentan también son diversas, desde enfermedades comunes hasta patologías más graves.

El tratamiento de pacientes pediátricos puede requerir un enfoque que tenga que ser multidisciplinario, en el que se deban involucrar tanto a médicos pediatras, enfermeras pediátricas, especialistas en salud infantil y, en algunas ocasiones,

trabajadores sociales. La comunicación con el paciente y sus padres o cuidadores es esencial para proporcionar un cuidado efectivo, y debe ser adaptada a la edad y nivel de comprensión del niño.

La atención pediátrica se centra en el bienestar global del paciente, incluyendo su desarrollo físico y emocional. Además de la atención médica, se brinda apoyo emocional a los niños y se fomenta un ambiente que les permita sentirse cómodos y seguros. El trabajo en equipo, la compasión y la paciencia son fundamentales en la atención pediátrica para garantizar la mejor calidad de cuidado posible a los pacientes jóvenes.

2 Objetivos

Exponer las funciones del TCAE dentro de los procesos y situaciones que se describen el título en su puesto de trabajo.

3 Metodología

En esta investigación se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa, en una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

El rol del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la atención al paciente pediátrico es fundamental para brindar cuidados integrales y centrados en el bienestar de los niños. Las funciones de un TCAE en este entorno incluyen:

Cuidados personales: Asistir en la higiene, alimentación y movilidad del paciente pediátrico, adaptándose a la edad y necesidades específicas de cada niño. Esto puede incluir el cambio de pañales, el baño y la administración de alimentos.

Monitorización: Tomar y registrar los signos vitales, como la temperatura, la frecuencia cardíaca y la presión arterial, y observar cualquier cambio en el estado del paciente. Esto es esencial para identificar posibles problemas de salud y comunicarlos al equipo médico.

Apoyo emocional: Proporcionar un entorno cálido y acogedor, ayudando a aliviar la ansiedad y el temor que los niños pueden experimentar en un entorno médico. El TCAE debe ser comprensivo, amable y comunicativo, estableciendo una relación de confianza con el paciente y sus padres.

Asistencia en procedimientos: Ayudar en la preparación y asistencia a procedimientos médicos, como la toma de muestras de sangre, la administración de medicamentos o la colocación de catéteres intravenosos, asegurando que el niño se sienta lo más cómodo posible.

Educación: Proporcionar información y enseñar a los padres o cuidadores sobre el cuidado en el hogar, la administración de medicamentos y las señales de alarma en caso de empeoramiento de la condición del niño.

Mantenimiento del entorno: Asegurarse de que el entorno de atención sea seguro y cómodo para el paciente pediátrico, evitando peligros potenciales y manteniendo una higiene adecuada.

Colaboración: Trabajar en estrecha colaboración con el equipo de enfermería y médico para garantizar la atención integral y coordinada del niño.

Estimulación: Fomentar la participación en actividades adecuadas para la edad del paciente, como juegos o actividades educativas, para mantener el desarrollo cognitivo y emocional.

La atención pediátrica requiere un enfoque particularmente sensible y empático, ya que los niños pueden sentirse asustados o incómodos en un entorno médico. El TCAE juega un papel clave al proporcionar cuidados físicos y emocionales, creando un ambiente que facilite la recuperación y el bienestar de los pacientes pediátricos.

5 Discusión-Conclusión

Para brindar un buen tratamiento al paciente pediátrico como técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), es crucial mantener un enfoque centrado en el niño y su bienestar. En primer lugar, la paciencia y la empatía son esenciales. Comprender que los niños pueden sentir temor y ansiedad en un entorno médico. Ser amable, tranquilo y comprensivo, y explicar los procedimientos de manera sencilla y tranquilizadora.

En segundo lugar, la comunicación efectiva con los padres o cuidadores es clave. Colaborar estrechamente con ellos, ofreciéndoles apoyo y brindándoles información clara sobre el estado del niño y las recomendaciones de cuidados en el hogar.

Asegurarse de que el entorno de atención sea acogedor y seguro para el niño, eliminando peligros potenciales y proporcionando actividades apropiadas para su edad. Al mantener al niño cómodo, tranquilo y seguro, contribuirá en gran medida a su recuperación y bienestar.

6 Bibliografía

Mesías, L. I. P., & Minaya, M. D. C. P. (2022). Manejo de la conducta del paciente pediátrico mediante el método decir-mostrar-hacer. Revisión bibliográfica. *Odon-tología*, 24(1), 9.

Capítulo 298

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE UROLOGÍA

JULIA YUSTE GUTIÉRREZ

ESTEFANÍA MERINO CARMONA

LORENA CANO LOPEZ

MARÍA JOSÉ ZARAPUZ SÁNCHEZ

ANA GÓMEZ SORIANO

1 Introducción

La consulta de urología es un entorno médico especializado que se enfoca en la prevención, diagnóstico y tratamiento de trastornos del sistema urinario, tanto en hombres como en mujeres. Esto incluye el tracto urinario y el sistema reproductivo masculino. Algunos de los problemas más comunes tratados en esta área son infecciones del tracto urinario, cálculos renales, trastornos de la próstata, cáncer de vejiga, entre otros.

En la consulta de urología, los pacientes pueden esperar una evaluación completa de sus síntomas, que puede incluir pruebas diagnósticas como análisis de orina,

ultrasonidos, estudios de imagen o biopsias, según sea necesario. El urólogo trabajará para establecer un diagnóstico preciso y discutirá opciones de tratamiento, que pueden incluir medicamentos, cirugía u otras intervenciones.

La consulta de urología es uno de los recursos más valiosos para poder abordar una variedad de los problemas relacionados con el sistema urinario y también reproductivo. Los pacientes deben buscar atención si experimentan síntomas preocupantes, como dolor al orinar, sangre en la orina, cambios en la función eréctil, entre otros, ya que la detección temprana y poder realizar el tratamiento adecuado que puede llegar a ser fundamental para la recuperación y también para preservar la salud en un largo plazo.

2 Objetivos

Conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la consulta 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 TCAE desempeña un papel importante en la consulta de urología, donde se tratan trastornos del sistema urinario y el sistema reproductivo masculino. Las funciones de un TCAE en este entorno incluyen:

Apoyo en la recepción y registro de pacientes: Ayudar a los pacientes a registrarse, completar formularios y obtener su información médica básica, asegurando que los registros estén actualizados.

Preparación de la sala de examen: Asegurar que la sala de consulta esté ordenada y equipada con los suministros necesarios para los procedimientos, incluyendo utensilios médicos esterilizados y materiales de protección.

Asistencia en procedimientos: Ayudar al urólogo durante los procedimientos médicos, proporcionando herramientas y equipos, y brindando apoyo al paciente, asegurando que se sienta cómodo y seguro.

Toma de signos vitales: Registrar y monitorear los signos vitales del paciente, como la presión arterial y la frecuencia cardíaca, antes y después de los procedimientos, y notificar a los médicos sobre cualquier cambio significativo.

Educación y apoyo al paciente: Proporcionar información sobre los procedimientos y responder a preguntas del paciente. A menudo, los TCAE explican las instrucciones pre y postoperatorias y brindan apoyo emocional.

Limpieza y esterilización: Desinfectar y esterilizar el equipo y las áreas después de cada procedimiento, manteniendo un entorno seguro y libre de infecciones.

Gestión de registros: Registrar con precisión la información del paciente y los procedimientos realizados en las historias clínicas electrónicas o en los registros en papel, manteniendo la confidencialidad de los datos.

Coordinación con otros profesionales de la salud: Colaborar con otros miembros del equipo de atención médica, como enfermeras y asistentes médicos, para garantizar una atención integral y eficiente para el paciente.

El TCAE juega un papel esencial en la atención al paciente en la consulta de urología al garantizar un entorno organizado y seguro, brindar apoyo a los pacientes y colaborar con el equipo médico en la realización de procedimientos. Su contribución permite que la consulta funcione de manera eficaz y que los pacientes reciban una atención de calidad.

5 Discusión-Conclusión

Para brindar un buen trato al paciente en la consulta de urología como TCAE, es esencial mantener un enfoque centrado en la persona y su bienestar.

El trato amable, respetuoso y empático hacia el paciente es esencial en la consulta de urología. Al seguir estas recomendaciones, contribuirá a la comodidad y la satisfacción del paciente, promoviendo una experiencia de atención médica positiva y efectiva.

6 Bibliografía

1. Rivas, J. G., Rodríguez-Serrano, A., Loeb, S., Teoh, J. Y. C., Ribal, M. J., Bloemberg, J., ... & Socarrás, M. R. (2020). Telemedicina y trabajo inteligente: adaptación al español de las recomendaciones de la Asociación Europea de Urología. *Actas Urológicas Españolas*, 44(10), 644-652.

Capítulo 299

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE PEDIATRÍA

JULIA YUSTE GUTIÉRREZ

ESTEFANÍA MERINO CARMONA

LORENA CANO LOPEZ

MARÍA JOSÉ ZARAPUZ SÁNCHEZ

ANA GÓMEZ SORIANO

1 Introducción

La consulta de pediatría es un entorno médico dedicado a la atención de bebés, niños y adolescentes, desde el nacimiento hasta los 18 años. El pediatra es un médico especializado en el cuidado de la salud infantil y se enfoca en la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones específicas de esta población.

En la consulta de pediatría, se realizan exámenes de rutina, como controles de crecimiento y desarrollo, vacunaciones, y se abordan problemas comunes de la infancia, como infecciones, alergias, asma, y trastornos del desarrollo. Además, los pediatras brindan orientación a los padres sobre la alimentación adecuada, la seguridad infantil, la salud mental y otros aspectos del cuidado infantil.

El ambiente de la consulta de pediatría debe de estar diseñado para que sea un lugar amigable y reconfortante para los niños y sus familias, con áreas de juego y una decoración colorida, lo que ayuda a reducir la ansiedad que a menudo sienten los pacientes pediátricos en un entorno médico. El pediatra trabaja en estrecha colaboración con los padres para asegurar el bienestar de sus hijos y proporcionar atención médica integral y personalizada, lo que es esencial para promover la salud y el desarrollo óptimo de los niños.

2 Objetivos

- Exponer las funciones de los TCAE en su puesto de trabajo dentro de la consulta hospitalaria.

3 Metodología

En esta investigación se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa, en una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeña un papel esencial en la consulta de pediatría, donde la atención se centra en bebés, niños y adolescentes. Sus funciones abarcan una amplia gama de tareas que garantizan una atención integral y efectiva a los pacientes pediátricos:

- Recepción y registro de pacientes: Ayudar en la recepción de los niños y sus padres, registrando información relevante y asegurándose de que la documentación esté completa y actualizada.
- Toma de signos vitales: Medir y registrar los signos vitales, como la temperatura, la frecuencia cardíaca y la presión arterial, para proporcionar información importante al pediatra.
- Apoyo en procedimientos médicos: Asistir al pediatra durante los exámenes físicos y procedimientos, proporcionando las herramientas y el equipo necesarios, así como tranquilizando y distrayendo al niño, cuando sea necesario.

- Educación y orientación: Explicar los procedimientos a los padres y, en ocasiones, a los niños, en un lenguaje comprensible, y ofrecer información sobre cuidados en el hogar y seguimiento de las indicaciones médicas.
- Preparación y mantenimiento del entorno: Asegurarse de que la sala de consulta esté ordenada, limpia y segura, con suministros médicos adecuados y un ambiente acogedor para los niños.
- Seguridad y confort: Garantizar que los niños se sientan cómodos y seguros en el entorno médico, brindando apoyo emocional y distracción si es necesario.
- Coordinación y comunicación: Colaborar con otros profesionales de la salud en la coordinación de la atención al paciente, compartiendo información relevante y trabajando en equipo para garantizar una atención integral.

El TCAE desempeña un papel crucial en la atención pediátrica al brindar apoyo al pediatra, asegurarse de que la consulta esté bien organizada y proporcionar cuidados orientados al paciente. Su contribución es fundamental para garantizar una experiencia de atención médica positiva y efectiva para los niños y sus familias.

5 Discusión-Conclusión

Para brindar un buen trato al paciente en la consulta de pediatría, como técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), es crucial mantener un enfoque cálido y comprensivo. Aquí hay algunas recomendaciones clave:

Primero, establezca un vínculo de confianza con el niño y sus padres. Interactúe con amabilidad y paciencia, escuchando sus preocupaciones y respondiendo a sus preguntas. Sea consciente de que los niños pueden sentir ansiedad en el entorno médico y ofrezca palabras de aliento.

Segundo, asegúrese de que la sala de consulta sea un espacio acogedor y seguro. Mantenga un ambiente limpio y ordenado, con juguetes y libros para distraer a los niños y hacer que se sientan más cómodos.

Finalmente, colabore estrechamente con el pediatra y otros miembros del equipo de atención médica. Comunicación efectiva y coordinación son esenciales para brindar una atención integral. Al seguir estas recomendaciones, contribuirá a un trato respetuoso y afectuoso hacia los pacientes pediátricos y sus familias, lo que promoverá una experiencia médica positiva y tranquilizadora.

6 Bibliografía

1. Rodríguez Weber, M. A. (2019). Satisfacción de usuarios de consulta externa de especialidad en el Instituto Nacional de Pediatría.

Capítulo 300

LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS EN PACIENTES CON ÚLCERAS

PATRICIA LOPEZ MERINO

JUAN CARLOS RECIO DELGADO-AGUILERA

DAVID GARCÍA RUBIO

DAVINIA GARCÍA -MORENO ARAQUE

NURIA GALINDO CASADO

1 Introducción

Según los puntos de vista profesionales de enfermeras, educadores, gestores e investigadores, la enfermería debe tomar la iniciativa como disciplina principal encargada del tratamiento exhaustivo de las úlceras por presión, ya sea prevención o tratamiento. Por otro lado, las úlceras por presión pueden tener un efecto negativo en la salud y la calidad de vida del paciente, reducir su independencia en el autocuidado y provocar una baja autoestima. Esto tiene un efecto adverso en la familia y los cuidadores del paciente porque el paciente experimenta dolor, tiene una esperanza de vida más corta e incluso puede morir como resultado de la úlcera por presión.

Un área de la piel que ha resultado dañada al permanecer en una posición durante un período prolongado de tiempo se conoce como úlcera por presión, también conocida como úlcera por decúbito o úlcera por presión.

Afectan con mayor frecuencia a la piel que recubre las partes óseas del cuerpo y son más comunes en pacientes inmóviles o postrados.

Debido a su tamaño e impacto, ahora se los reconoce como una fuente de problemas de salud socioeconómicos y una disminución en la calidad de vida de los pacientes.

Según un estudio reciente sobre la prevalencia de las úlceras por presión, entre el 3 y el 10 por ciento de los pacientes hospitalizados tuvieron úlceras por presión en un momento dado, y la tasa de nuevas úlceras osciló entre el 7 y el 26 por ciento. 9 por ciento; En los hospitales, los pacientes mayores de 70 años representan dos tercios de los casos de úlceras; Además, los pacientes más jóvenes con lesión de la médula espinal tienen más probabilidades de desarrollar úlceras.

2 Objetivos

Explicar las precauciones básicas a seguir por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) para evitar la aparición de las úlceras por presión en los pacientes encamados en los centros sanitarios.

3 Metodología

Como preparación para este capítulo, se ha realizado una revisión bibliográfica que incluyó una búsqueda en la literatura científica existente. Se han consultado libros y las principales bases de datos: Google académico, Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Se han seleccionado los artículos científicos con contenido relacionado con el tema de estudio.

4 Resultados

Se producen diferentes estados y grados de úlceras por presión según su profundidad y color.

El cuidado, la educación y la supervisión del cuidador son componentes cruciales de la calidad de vida de quienes corren el riesgo de desarrollar úlceras por pre-

sión. Esto reduce significativamente la probabilidad de que la condición antes mencionada se manifieste o afecte a los pacientes.

Para prevenir su aparición se deben tomar una serie de medidas de seguridad, y se hará lo siguiente:

- Mantener la piel seca y limpia mediante el uso de jabones suaves y cremas humectantes.

Manténgase alejado de prendas demasiado ajustadas o que dejen arrugas en la ropa de cama. Utilice una venda en el talón o algo similar para proteger las prominencias óseas.

- Limpieza general según sea necesario y una vez cada 24 horas.

- Seque bien la piel con palmaditas, sin frotar y luego examínela para identificar cualquier área que pueda estar enrojecida.

Los equipos de salud encargados de la atención y el manejo de los pacientes necesitan aplicar técnicas para prevenir y disminuir la aparición de úlceras por presión, por lo que es necesario desarrollar y mejorar el conocimiento técnico en esta área. Se ha demostrado que la forma más eficaz de prevenir las úlceras por presión es implementar un plan de atención estandarizado o personalizado junto con un examen cutáneo temprano, estrategias tempranas de prevención de heridas y el cumplimiento de protocolos de prevención. Para mantener y mejorar la condición de la piel, el objetivo general de la prevención es evaluar el riesgo de cada paciente y eliminar o minimizar los factores de riesgo que conducen a la ulceración.

Las llagas son el resultado y la causa de la desnutrición. Pueden pasar horas o días hasta que se desarrollen.

5 Discusión-Conclusión

Los gastos de atención pueden aumentar como resultado de las úlceras por presión.

Pero lógicamente si se ponen en marcha planes institucionales y medidas preventivas, serán menores.

Las úlceras por presión se desarrollan rápidamente y tardan mucho en sanar, por lo que la prevención es clave en el cuidado diario de los pacientes que permanecen encamados durante un período prolongado. El factor más importante para prevenir las úlceras por presión es mantener la presión, lo que se puede conseguir mediante el uso de colchones o compresas antiescaras, ajustes posturales, movilización y, por supuesto, una buena higiene y la aplicación de cremas y vendajes para proteger la piel expuesta.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. <https://revistamedica.com/ulceras-por-presion-cuidados-prevencion-tcae/>.

Capítulo 301

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

LOURDES LILIA HUANQUI CONDORI

RAQUEL TELLO SANZ

BEATRIZ ANDRÉS GARRIDO

INÉS DEL CONSUELO QUISHPE CABEZAS

MABEL TAMARA CATASI HUANQUI

1 Introducción

Cuando una persona se forma académicamente en una formación profesional relacionada con el ámbito sanitario lo hace con la intención de formarse profesionalmente para poder dar asistencia sanitaria a otras personas.

En el caso de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería formados durante dos cursos en una formación profesional básica, tienen una gran variedad de salidas profesionales tanto en el ámbito sanitario público, como en el ámbito sanitario privado. Las salidas profesionales que tienen los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería una vez finalizados los estudios son las siguientes:

- Centros sanitarios de atención primaria.
- Centros sanitarios de atención especializada.
- Centros sanitarios de diagnóstico y tratamiento.

- Centros sanitarios de media estancia.
- Centros sanitarios de larga estancia.
- Residencias de ancianos.
- Centros de discapacitados psíquicos.
- Centros de discapacitados físicos.
- Asistencia domiciliaria.

A lo largo del desarrollo de este capítulo científico se detallarán las funciones realizadas por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en los centros sanitarios públicos de atención primaria.

Se entiende como la atención primaria al primer nivel de asistencia sanitaria donde son explorados, valorados, y diagnosticados los pacientes. Cuando la asistencia sanitaria desarrollada en la atención primaria no resuelve el diagnóstico del paciente o necesita la atención de médicos especialistas, estos pacientes acudirán, derivados por el médico de atención primaria, a la atención especializada.

2 Objetivos

- Conocer el concepto de atención primaria y atención secundaria en el ámbito sanitario.
- Detallar las funciones desarrolladas por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en los centros de salud de la atención primaria.

3 Metodología

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

4 Resultados

La localización física donde se lleva a cabo la asistencia sanitaria de la atención primaria son los consultorios locales (antiguos ambulatorios) o los centros de salud.

Cabe destacar, que la figura del técnico en cuidados auxiliares de enfermería no se encontrará en los consultorios locales, pero si lo hará en los centros de salud.

Los profesionales sanitarios y no sanitarios que desarrollan su actividad laboral en los centros de salud serán:

- Médicos de cabecera o médico de familia.
- Enfermeros a cargo de los pacientes de un médico de cabecera.
- Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.
- Celadores.
- Auxiliares administrativos.
- Equipo de seguridad.

A continuación, se van a desarrollar las funciones llevadas a cabo por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en los centros de salud de la atención primaria, tal y como se encuentran recogidas en la Orden del 26 de abril de 1973, donde quedan reguladas las funciones de los TCAE por el Estatuto de Personal Sanitario no Facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.

- En las puertas de los centros de salud serán los encargados, junto con el celador, de orientar a las pacientes, usuarios y familiares de aquellas cuestiones relacionadas con la localización de las consultas médicas y de enfermería, las distintas unidades sanitarias, los servicios, el área de citaciones...
- En las puertas de los centros de salud serán los encargados, junto con el celador, de orientar a las pacientes, usuarios y familiares de aquellas cuestiones relacionadas con el horario de las consultas médicas y de enfermería, así como los diferentes servicios como extracción de analítica o recogida de documentación clínica.
- En las consultas médicas y de enfermería, o en los servicios de extracción o recogida de muestras biológicas y analíticas, se ocuparán de recoger los volantes de los pacientes.
- En las consultas médicas y de enfermería se encargarán de registrar documentación como los volantes, informes o comprobantes de los pacientes.
- Se ocuparán de la limpieza del material sanitario, y de preparar aquel material que sea necesaria su esterilización.
- Se ocuparán de recargar los carros de curas, así como del material sanitario utilizado en los diferentes servicios.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la atención primaria. Funciones del TCAE en los centros de salud” nos demuestra en primer lugar la

formación que necesitan los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería para poder desarrollar la actividad profesional en el ámbito sanitario. Por otro lado, se han desarrollado las funciones realizadas por los TCAE en los centros de salud de atención primaria.

Es importante destacar, que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en el ámbito sanitario de atención primaria se encontrarán bajo la supervisión de la dirección médica del centro, en lugar de un supervisor de enfermería, como sucede en los centros hospitalarios de atención especializada, por lo que desarrollarán cada una de las funciones encomendadas por su superior, siempre que las funciones sean análogas a las realizadas en su categoría profesional.

6 Bibliografía

1. GUILLAMAS. C, GUTIERREZ. E, HERNANDO. A. Técnicas básicas de enfermería. 2010. España. Editorial Editex.
2. Orden del 26 de abril de 1973, donde quedan reguladas las funciones de los TCAE por el Estatuto de Personal Sanitario no Facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.
3. PEREZ, E., FERNANDEZ, A.M. Auxiliar de enfermería. 2013. España. Editorial Mc Graw Hill Education.
4. VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España. MAD. Edición 2021.

Capítulo 302

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA EN LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA: SUS FUNCIONES EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

LOURDES LILIA HUANQUI CONDORI

RAQUEL TELLO SANZ

BEATRIZ ANDRÉS GARRIDO

INÉS DEL CONSUELO QUISHPE CABEZAS

MABEL TAMARA CATASI HUANQUI

1 Introducción

En los centros sanitarios de atención especializada desarrollan su actividad laboral multitud de profesionales sanitarios y no sanitarios, es por ello por lo que la atención especializada es considerada una atención multidisciplinar, puesto que en los centros sanitarios de atención especializada se pueden abordar aquellos síntomas, dolores o diagnósticos clínicos que no han podido abordarse en los centros de salud de la atención primaria.

Se puede decir que la atención especializada se encarga de valorar, diagnosticar, tratar y curar cada una de las enfermedades presentadas por los pacientes.

Los profesionales sanitarios que desarrollan su actividad profesional en los centros hospitalarios son:

- Médicos especializados en cada una de las ramas de la medicina.
- Equipo de enfermería.
- Técnicos de laboratorio.
- Técnicos en imagen y radiodiagnóstico.
- Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.
- Técnicos auxiliares en anatomía patológica.

Mientras que las categorías profesionales del personal no sanitarios que desarrollan su actividad profesional en los centros hospitalarios son:

- Celadores.
- Auxiliares administrativos.
- Administrativos.
- Pinches de cocina.
- Personal de lencería.
- Personal de seguridad.
- Personal de limpieza.

A lo largo del desarrollo de este capítulo científico se detallarán las funciones realizadas por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en los centros sanitarios públicos de atención especializada, concretamente en los centros hospitalarios.

2 Objetivos

- Conocer los profesionales sanitarios y no sanitarios que desarrollan su actividad profesional en los centros sanitarios de la atención especializada.
- Definir el concepto de centro hospitalario.
- Detallar las funciones desarrolladas por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en los centros de salud de la 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

La localización física donde se lleva a cabo la asistencia sanitaria de la atención especializada son los centros de salud, centros de media estancia, centros de larga estancia, centros de especialidades, diagnóstico y tratamiento.

Cabe destacar, que la figura del técnico en cuidados auxiliares de enfermería se encontrará en cada uno de los centros sanitarios donde se desarrolle una asistencia de atención especializada.

A continuación, se van a desarrollar las funciones llevadas a cabo por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en los centros hospitalarios de la atención secundaria, tal y como se encuentran recogidas en la Orden del 26 de abril de 1973.

- Realizarán aquellas funciones de asistencia sanitaria que no le corresponda a la categoría profesional de enfermería. Realizando aquellas funciones ordenadas por el servicio de enfermería con el cual formarán equipo para atender a los pacientes.
- En las plantas de hospitalización realizarán cada una de las funciones de asistencia sanitaria, siempre que el paciente no pueda realizarlo por el mismo.
 - . Aseo del paciente encamado.
 - . Cambio diario de la ropa de cama.
 - . Administrar la dieta y bebida establecida por el médico a cargo del paciente.
 - . Administrar la medicación oral a los pacientes, asegurándose de que la medicación, así como el paciente, son los correctos.
 - . Colocarán y retirarán el pañal a aquellos pacientes dependientes que lo necesiten.
 - . Colocarán y retirarán las cuñas o botellas de aquellos pacientes que no requieren de pañal, pero deben guardar reposo absoluto.
- En los quirófanos se encargarán de preparar todo el material necesario en la intervención, así como de limpiar y mandar el instrumental sanitario utilizado al servicio de esterilización.
- En el servicio de paritorio se encargará de realizar las camas de las pacientes paritricas y de preparar el material necesario durante el desarrollo de un parto. Igualmente, deberán limpiar y mandar el instrumental sanitario utilizado al servicio de esterilización.
- En el servicio de radiodiagnóstico se encargará de auxiliar al médico radiólogo y a los técnicos en imagen y diagnóstico en aquellas funciones de asistencia al paciente.
- En el servicio de consultas externas se encargarán de recoger los volantes de

los pacientes, de establecer el orden para pasar los pacientes y de la asistencia sanitaria que le requieran sus superiores.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación llevada a cabo para este trabajo, se demuestra el funcionamiento de la atención especializada, así como de los profesionales sanitarios y no sanitarios que intervienen en los centros sanitarios de hospitalización. Es importante destacar, que la figura del técnico en cuidados auxiliares de enfermería se encuentra en cada uno de los servicios y unidades que conforman el centro hospitalario, de ahí la importancia de que estos profesionales reciban una buena formación profesional tanto teórica como práctica a la hora de realizar las prácticas en los centros sanitarios.

6 Bibliografía

1. Guillamas. C. Técnicas básicas de enfermería. 2010. España. Editorial Editex.
2. Orden del 26 de abril de 1973, donde quedan reguladas las funciones de los TCAE por el Estatuto de Personal Sanitario no Facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.
3. Pérez, E., Fernández, A.M. Auxiliar de enfermería. 2013. España. Editorial McGraw Hill Education.
4. VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España. MAD. Edición 2021.

Capítulo 303

EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y SU TRABAJO EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA

JUAN CARLOS RECIO DELGADO-AGUILERA

PATRICIA LOPEZ MERINO

DAVID GARCÍA RUBIO

DAVINIA GARCÍA -MORENO ARAQUE

NURIA GALINDO CASADO

1 Introducción

En el ámbito de la atención médica, donde la dedicación y el compromiso con la salud son fundamentales, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeñan un papel esencial, especialmente en entornos tan especializados como el servicio de hematología. Este ámbito de la medicina se centra en el estudio y tratamiento de las enfermedades sanguíneas, desde trastornos de coagulación hasta enfermedades oncológicas. Los TCAE que trabajan en hematología se convierten en pilares clave en la atención de pacientes con patologías hematológicas, brindando apoyo tanto a los profesionales médicos como a los pacientes y sus familias.

La labor de un TCAE en el servicio de hematología va más allá de la simple asistencia. Estos profesionales desempeñan un rol multifacético que abarca desde

la toma de muestras de sangre y el seguimiento de pacientes en tratamiento, hasta proporcionar apoyo emocional a quienes enfrentan diagnósticos desafiantes. La precisión y el compromiso son cruciales en este entorno, ya que pequeños errores pueden tener consecuencias significativas.

En este capítulo, exploraremos en detalle la importancia de los TCAE en el servicio de hematología, destacando su contribución esencial en la lucha contra enfermedades sanguíneas y su papel en mejorar la calidad de vida de los pacientes, estableciendo un vínculo fundamental entre la ciencia médica y el cuidado humano.

2 Objetivos

1. Enumerar las distintas funciones de los TCAE en el servicio de hematología de los centros hospitalarios
2. Conocer las diferentes muestras recibidas de distintos servicios del hospital.

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

La contribución de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la lucha contra las enfermedades sanguíneas, particularmente en el ámbito de la hematología, es de un valor incalculable. Su trabajo abarca una amplia gama de funciones esenciales que influyen directamente en el bienestar de los pacientes y en la efectividad de los tratamientos.

Uno de los roles fundamentales de los TCAE en hematología es la toma de muestras sanguíneas. Esta tarea precisa de habilidad y precisión, ya que la exactitud en la obtención de muestras es crucial para el diagnóstico y seguimiento de enfermedades hematológicas. Además, los TCAE son responsables de preparar al paciente tanto física como emocionalmente para el procedimiento, proporcionando apoyo y tranquilidad en momentos de ansiedad.

En el proceso de análisis de muestras, los TCAE desempeñan un papel crucial al garantizar que las pruebas se realicen correctamente y se registren de manera precisa. Estos datos son la base para la toma de decisiones médicas, lo que resalta la importancia de su labor en la gestión de enfermedades sanguíneas.

Además de su función técnica, los TCAE también ofrecen apoyo emocional a los pacientes y sus familias, creando un entorno de cuidado que trasciende lo puramente médico. La empatía y la capacidad de escucha son cualidades esenciales, ya que enfrentar una enfermedad hematológica puede ser una experiencia aterradora.

En resumen, los TCAE son pilares en la lucha contra las enfermedades sanguíneas al desempeñar tareas técnicas vitales, proporcionar apoyo emocional, y colaborar estrechamente con el equipo médico. Su dedicación y precisión contribuyen en gran medida a mejorar la calidad de vida de los pacientes y a la efectividad de los tratamientos, subrayando su importancia en la hematología y la atención médica en general.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los TCAE son piezas claves en la lucha contra las enfermedades sanguíneas en el servicio de hematología. Su labor multifacética, que abarca desde la obtención de muestras sanguíneas hasta el apoyo emocional a pacientes, demuestra su importancia en la atención médica. Su precisión en la toma de muestras y el registro de datos es esencial para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades hematológicas. Además, su empatía y apoyo brindan consuelo a pacientes que enfrentan momentos difíciles. Los TCAE no solo son técnicos, sino también cuidadores que construyen puentes entre la ciencia médica y la humanidad, mejorando la calidad de vida de los pacientes y contribuyendo significativamente al avance en la hematología.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. <https://revistamedica.com/aislamiento-protector-pacientes-hematologicos/>.

Capítulo 304

AISLAMIENTOS HOSPITALARIOS PARA PREVENIR INFECCIONES NOSOCOMIALES

NOEMÍ BUSTO MENÉNDEZ

1 Introducción

Para llevar a cabo y mantener medidas encaminadas a controlar y prevenir infecciones nosocomiales, debemos tener en cuenta los mecanismos por los cuales se transmite la infección.

Para que se produzca una infección, es necesario un agente infeccioso, un huésped en el que alojarse y un mecanismo de transmisión. Estos tres eslabones conforman la cadena epidemiológica en la transmisión de las infecciones a nivel hospitalario.

Debemos tener en cuenta que las infecciones nosocomiales se producen por la diseminación de microorganismos patógenos desde pacientes infectados a pacientes que no tenían dicha infección en el momento que se comienza con la prestación sanitaria.

Todos los pacientes deben recibir una asistencia de calidad que asegure impida que por el mero hecho de recibir prestación sanitaria se sometan al riesgo de poder contraer infecciones relacionadas con la misma.

La cadena epidemiológica representa una secuencia de elementos que son partícipes en la transmisión desde el agente causal a huésped receptor. El resultado de la interacción entre los diferentes eslabones que componen esta cadena, es el desarrollo de una patología. Por lo tanto, la cadena epidemiológica es la clave en el desarrollo de la enfermedad.

Algunos de los eslabones que conforman esa cadena epidemiológica están fuera de nuestro control, sin embargo, podemos actuar sobre el mecanismo de transmisión evitando así que se pueda propagar el agente causal o infeccioso.

2 Objetivos

- Difundir la necesidad de cumplir las medidas de los distintos tipos de aislamientos.
- Explicar cada uno de los eslabones que conforman la cadena epidemiológica, haciendo hincapié en la vía de transmisión que es la que marcará el tipo de aislamiento que debemos poner en práctica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, utilizando los prescriptores infección, nosocomial, aislamiento, transmisión. Así mismo se han consultado artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Teniendo en cuenta la cadena epidemiológica, podemos definir los diferentes eslabones:

- El agente infeccioso: puede ser bacteria, virus, hongo o parasitario.
- Fuente de infección: es el lugar desde el que el agente infeccioso pasa a un huésped, puede ser animado (visitas, personal sanitario, otro paciente) o inanimado (medio ambiente, material, superficies, etc.). El microorganismo puede provenir de sujetos con patología, portadores crónicos sin clínica, o formar parte de la flora saprofita de otra persona. El medio ambiente, como fuente de infección, es menos frecuente, pero hay ejemplos de fómites, red de agua sanitaria, desinfectantes, medicación o material sanitario.
- El huésped o sujeto susceptible: el microorganismo precisa una puerta de entrada en el huésped, pero además contribuyen otros factores en la susceptibilidad del huésped. Debemos tener en cuenta factores individuales (edad, enfermedades subyacentes) o iatrogénicos (tratamientos con inmunosupresores, inserción de dispositivos que atraviesan la barrera cutánea, intervenciones quirúrgicas, etc.).

- Transmisión: el agente infeccioso alcanza la puerta de entrada en el huésped susceptible mediante uno o varios mecanismos: por contacto, gotas, vehículo común, o por vectores.

Transmisión por contacto es la más frecuente e importante cuando hablamos de infección nosocomial. Puede deberse a contacto directo con superficies corporales o contacto indirecto en el que media un objeto contaminado entre el portador y el huésped.

Transmisión por gotas, el microorganismo se encuentra en secreciones respiratorias, al toser estornudar o hablar se generan unas gotitas que lo portan (también en procedimientos invasivos como broncoscopia o aspiración de secreciones). Estas gotas son propulsadas mediante el aire, desde la fuente hasta una distancia no mayor a un metro depositándose directamente en la mucosa del huésped o en objetos o superficies que facilitarán el contacto indirecto. Estas gotas no quedan suspendidas en el aire.

Transmisión aérea se produce una diseminación de núcleos de gotitas respiratorias que se han desecado. Estas partículas son de pequeño tamaño (igual o inferior a 5 micras) y contienen microorganismos que se mantienen suspendidos en el aire durante prolongados periodos de tiempo. Por ello pueden ser inhalados por el huésped susceptible.

Teniendo en cuenta la cadena epidemiológica en la transmisión de la infección hospitalaria, debemos actuar sobre el mecanismo de transmisión. Por ello a la hora de prestar asistencia sanitaria debemos de tener en cuenta las Precauciones Estándar, lavado e higienización de las manos, así como los equipos de protección individual necesarios.

En aquellas circunstancias en las que sea necesario, se implementarán ciertas medidas sobre las ya mencionadas medidas estándar. Así el tipo de aislamientos que podremos llevar a cabo según la vía de transmisión sería: Aislamiento de contacto, Aislamiento por gotas, Aislamiento aéreo. Debemos tener en cuenta que en el caso de que factores iatrogénicos aumenten la susceptibilidad del huésped debemos implementar Aislamiento protector.

5 Discusión-Conclusión

En la asistencia sanitaria, en nuestro día a día, debemos siempre mantener las precauciones estándar que evitarán que actuemos como mecanismo de transmisión de posibles microorganismos presentes en alguno de los pacientes a nuestro cargo. En situaciones determinadas, teniendo en cuenta el mecanismo de transmisión del patógeno y/o el estado inmunológico del paciente, será necesario implementar

estas medidas básicas con el fin de evitar la diseminación de microorganismos. Dado que las infecciones nosocomiales pueden empeorar la situación basal de un paciente, complicar su tratamiento y aumentar el riesgo potencial de contraer otras enfermedades, aumentando la comorbilidad y morbilidad asociadas. Todas estas medidas van encaminadas a evitar la diseminación de microorganismos entre el paciente, personal que presta la asistencia y resto de personas que utilizan las instalaciones sanitarias. Se busca cortar uno de los eslabones de la cadena epidemiológica, en definitiva, impedir la transmisión del agente infeccioso. Es relevante el beneficio que se obtiene con la correcta implantación y mantenimiento de las medidas anteriormente descritas.

6 Bibliografía

Álvarez Tuñón Z, et al. Guía de aislamiento para pacientes con enfermedades transmisibles. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Principado de Asturias; 2007.

Grupo de Estudio de Aislamiento Hospitalario. Medidas de aislamiento y otras precauciones para pacientes con enfermedades transmisibles. Hospital Donostia, San Sebastián. Octubre 2

Medicina Preventiva. Precauciones de aislamiento en centros sanitarios. Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro, La Rioja. Noviembre 2008.006.

Martínez Ortega C, Molina Cabrillana J. Recomendaciones sobre precauciones estándar y precauciones basadas en la transmisión de microorganismos (Plan Nacional de Resistencia Bacteriana). Agencia Española de Medicación y Productos Sanitarios. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Junio 2017.

Capítulo 305

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN

COVADONGA NUÑO ALVAREZ

1 Introducción

Se dice de la esterilización que es la técnica de saneamiento cuya finalidad es la destrucción de toda forma de vida matando microorganismos tanto patógenos como no patógenos incluidas sus formas esporuladas.

En un hospital podemos encontrarnos con muchísimos microorganismos que pueden producir enfermedades e infecciones. En el servicio de esterilización se intenta garantizar las condiciones para tener una buena asepsia. Se llama esterilización al proceso por el cual el material queda limpio y libre de microorganismos. Este proceso debe de ser validado para eliminar la carga microbiana del producto. En el servicio de esterilización tendríamos tres zonas la zona limpia la sucia y la estéril.

En la zona sucia el TCAE es el encargado de recibir el material de su revisión, limpieza, desinfección, secado y clasificación para luego colocarlos en la zona limpia.

En la zona limpia se preparan los paquetes del material y se comprueba que este perfectamente sellado. Aquí el TCAE es el encargado de seleccionar el método para la esterilización según el material que sea. En la zona estéril se recoge el material que ya está esterilizado y que hay que clasificarlo y almacenarlo poniendo la fecha correspondiente y enviándolo al servicio que corresponde así como registrar todo el material que se ha procesado en el servicio de esterilización.

2 Objetivos

Exponer los diferentes conceptos y métodos que se utilizan en un hospital para la esterilización de los materiales que se usan diariamente.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de distintos artículos científicos en referencia a las funciones que tiene un técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio de esterilización. Para ello se han consultado bases científicas. Se han establecido filtros de búsqueda tales como el año de publicación, idioma, entre otros.

4 Resultados

Tenemos varios métodos de esterilización los cuales tienen sus ventajas y sus inconvenientes. El primero del que vamos a hablar es del autoclave este es un recipiente de presión metálico de paredes gruesas con un cierre hermético que permite trabajar a una alta presión. Este método es el más utilizado. Es un método físico que da calor húmedo y este se calienta a 135° o a 120° que suele ser lo más habitual durante 20 minutos. Es importante que el vapor contacte con el material que vamos a esterilizar. Se realiza una inyección con fuerte vapor. El autoclave tiene muchas ventajas como pueden ser la reducción de coste, tiene ciclos cortos de tiempo y es efectivo frente a la eliminación de microorganismos y no presenta ninguna toxicidad. Como inconveniente tiene que no se puede esterilizar material termosensible, no elimina pirógenos y no esteriliza sustancias oleosas o polvos. Otro método utilizado es el Óxido de Etileno este es un gas incoloro, inflamable y de olor dulce. Este gas penetra con facilidad en los materiales de goma y plástico. Las temperaturas para ser utilizado son bajas entre 30 o 35°C. La instalación tiene que tener una ubicación con sistemas de extracción adecuada. Este método tiene una parte positiva que no tiene el autoclave y es que esteriliza materiales termosensibles pero como inconveniente tiene que necesitar largos periodos de tiempo y es un gas tóxico.

Los TCAE tienen que tener tres tipos de controles;

*Físico: frecuencia con la que se realiza el material a esterilizar.

*químico: se mide la capacidad de eliminar burbujas de aire de un material poroso.

El TCAE ubicará los paquetes y controlará si hay cambios de color.

*biológico:verifica la efectividad del proceso. El TCAE es el que comprueba que el control ha sido el correcto y tos con un buen control.

5 Discusión-Conclusión

El servicio de esterilización es de vital importancia en el hospital. Los TCAE son los que se encargan de su desinfección,esterilización y correcta limpieza de todo el material utilizado dentro de los diferentes servicios que tiene un hospital. Debemos implicarnos al máximo en este trabajo dado que es una responsabilidad que tenemos con el material sobre todo el material quirúrgico dado que se emplea en zonas críticas de un paciente y así se pueden evitar complicaciones muy peligrosas para los pacientes. Por esto el servicio de esterilización debe de funcionar perfectamente y el personal sanitario debe de tener unos buenos conocimientos de las funciones a realizar.

6 Bibliografía

scielo google medcline

Capítulo 306

CÓMO HACER UNA CAMA OCUPADA POR PACIENTE QUE PUEDE GIRAR DE LADO

LORENA CANALEJO GALLARDO

1 Introducción

En la unidad hospitalaria, existen varios tipos de cama. Cada una de ellas tiene su protocolo a la hora de realizar el cambio de sábanas y está dentro de las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) la realización de dicha tarea. Es por esto que debemos de conocer los tipos de cama que existen, así como la ejecución de los protocolos que corresponden a cada una de ellas.

La cama desocupada es aquella que está bacía bien porque el enfermo puede deambular mientras le hacemos la cama o bien porque al paciente que la ocupaba le dieron el alta y hay que prepararla para un nuevo ingreso.

La cama ocupada es aquella en la que tenemos un enfermo, el cual puede moverse, pero no puede levantarse. En este caso, el cambio de sábanas se realizará con el paciente acostado y lo realizarán dos TCAE o un TCAE y un celador.

La cama quirúrgica es la que se prepara para recibir a los pacientes que salen del quirófano tras una operación o ha sido anestesiada. Por último están la cama abierta o cerrada, siendo la primera la cama ocupada por un paciente y la cerrada está vacía a la espera de un nuevo paciente.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer cómo hacer una cama con un paciente que puede girar de lado.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 vamos a hacer la cama a un paciente que no se puede levantar, le habremos hecho primero la higiene y terminaríamos cambiándole la cama.

Materiales:

- Colcha (si hay que cambiar la que tiene).
- Camisón o pijama.
- Manta (si la necesita).
- Carro de ropa limpia y sucia.
- Encimera.
- Travesera o entremetida.
- Bajera.
- Almohadón, lo cogemos en último lugar, pues en esta cama va a ser lo primero que se cambie.

Es importante saber que la sábana bajera si viene doblada a lo ancho tenemos que doblarla a lo largo (a la mitad y a la mitad) porque la vamos a poner desde un lado de la cama hacia el otro, puesto que el paciente va a girar a un lado y al otro de la cama. Recordad que se dobla con el revés hacia fuera.

Procedimiento:

Lo habitual es que tanto para la higiene del paciente, como para rehacer la cama, colaboren 2 TCAES. Esta cama también la puede hacer un solo auxiliar, si la movilidad del paciente lo permite. Hay que tener muy presente que cada vez que se voltee al paciente y el auxiliar se cambie de sitio para trabajar, tiene que subir la barandilla. También se le puede sugerir al paciente mientras está de lado que se

sujete a la barandilla para estar más cómodo y no volverse mientras trabajamos del lado contrario.

1. Nos lavaremos o higienizaremos las manos y si queremos ya podemos ponernos los guantes, puesto que para la higiene sí son necesarios.

2. Entraremos con el carro de higiene, saludamos, echamos un vistazo a la colcha y antes de comenzar, podemos salir a por la lencería limpia (ya sabemos si se necesita o no la colcha) y la dejamos sobre la silla o la mesa auxiliar.

3. Informamos, comprobamos freno, colocamos la cama en posición horizontal (si no hay contraindicación) y la elevamos a la altura adecuada para facilitarnos el trabajo.

4. Tomamos medidas para preservar su intimidad y evitar corrientes de aire.

5. Trabajamos los dos TCAES siempre de manera sincronizada:

- Deshacemos el manguito (si tiene la manta puesta) y aflojamos las esquinas inferiores de la ropa de la cama.

- En caso de que estuviera limpia la colcha, se retira fuera de la cama y se dobla a lo ancho un par de dobleces con cuidado de no arrastrarla ni sacudirla. Se deja en el respaldo de la silla.

- Si hay manta procedemos exactamente igual que la colcha.

- Dejamos cubierto al paciente con la sábana de arriba y si estuviera sucia le cubrimos con una toalla grande.

- Le retiráramos el pijama o el camisón sin descubrirlo completamente y volviendo a proteger con la sábana de arriba o la toalla grande.

Ahora en realidad le haríamos la higiene al paciente, y, una vez hecha, partiríamos de tener al paciente sin camisón cubierto con la sábana de arriba o con la toalla grande y:

1. Una vez recogido hacia el carro de higiene el material que hemos utilizado, retiramos los guantes y nos higienizamos las manos.

2. Retiramos la almohada y le colocamos el almohadón. La dejamos sobre la silla.

3. Aflojamos las esquinas y bordes laterales de la bajera y entremetida.

4. Ayudamos al paciente a girar de un lado o lo giramos si no puede (decúbito lateral) Mantenerlo tapado, pero procurando que la sábana que lo cubre no quede atrapada bajo el paciente cuando lo giramos, pues después va a ser un inconveniente al girar al otro lado.

5. El auxiliar de ese lado sujeta al paciente y lo mantiene tapado (si solo estuviera un TCAE, tendría que subir la barandilla de ese lado).

6. Ahora trabaja el auxiliar que queda del lado libre de la cama:

- Recoge la entremetida, el empapador, y la sábana bajera, enrollándolo pieza a pieza como si fuera un cigarrillo todo lo que pueda hacia el paciente.

- Coloca la sábana bajera tal y como está doblada a la larga, con los bordes laterales orientados hacia el paciente y teniéndolos a la vista para poder desplegar la sábana.
- Coge el borde lateral que va arriba del todo y lo despliega hacia sí (esa es la parte de sábana que va a colgar para ese lado y que tendrá que remeter bajo el colchón).
- Ahora, con cuidado de no mover la sábana, despliega un poco el otro borde hacia el paciente, por lo menos hasta que nos permita meter el borde superior e inferior de nuestro lado, hacer las esquinas correspondientes. Al final remete el borde lateral bajo el colchón.
- Después, sigue desplegando la sábana hacia el paciente:
Se hace frunciendo la sábana a la vez que se despliega para aproximarla todo lo posible hacia el paciente, teniendo cuidado de que la sábana limpia y la sucia no se toquen. Cuando fruncimos, tenemos que dejar el borde de la sábana a la vista para que luego nuestro compañero pueda tirar cómodamente de él.
- Hacemos lo mismo con el empapador y después con la travesera: La colocamos correctamente en nuestro lado, desplegamos el borde que nos corresponde y, antes de desplegar hacia el otro lado, remetemos bajo el colchón nuestro borde lateral, para que, al desplegar hacia el otro lado, no se nos mueva.
Cuando remetáis bordes laterales, procurad sacar la mano con el dorso hacia arriba para evitar sacar la sábana
- Cuando desplegamos el empapador y la entremetida hacia el lado del paciente, debemos meter el fruncido de cada pieza dentro del fruncido de la pieza anterior para que cuando toque estirar del otro lado podamos sacar todas las piezas a la vez.
- 7. Hay que voltear al paciente hacia la parte hecha de la cama (decúbito lateral):
Se hace con cuidado utilizando la técnica de movilización que ya conocemos
Al voltear al paciente, tener cuidado de no atrapar la sábana encimera que lo está cubriendo, pues dificulta mucho el continuar con la tarea
- 8. Después trabaja el auxiliar del otro lado:
 - Va recogiendo la ropa sucia hacia sí (sin tocar el uniforme) enrollándola pieza a pieza y cuando la tiene, la saca al carro de ropa sucia.
 - Estira rápidamente la sábana bajera, el empapador y la travesera o entremetida tensándolo todo bien para que no queden arrugas y fija las esquinas de la sábana en mitra. Por último, remete los bordes laterales de todas las piezas
 - Ahora ya podemos poner al paciente en decúbito supino y colocarle la almohada para favorecer su comodidad cuanto antes.
- 9. Ahora que ya tenemos la sábana bajera y la entremetida puestas, antes de

seguir le pondremos al paciente el camisón limpio:

- Descubrimos un poco el tórax del paciente y le enhebramos las mangas.
- Vamos retirando la sábana encimera hacia los pies de la cama a la vez que vamos estirando el camisón también hacia abajo.
- Dejamos cubierto al paciente con la encimera a partir de donde no llega el camisón.

10. Ahora tenemos que colocar la sábana encimera:

- Seguimos trabajando los dos TCAES de manera sincronizada.
- Vamos un auxiliar por cada lado de la cama, sujetando la sábana y la colocamos sobre el paciente bien centrada y con el doblez del embozo a la altura de los hombros.
- Desplegamos hacia la cabecera el doblez del embozo sin tapar la cara del paciente.
- Nos despedimos del paciente preguntando antes si se encuentra bien, ya que, a veces, pueden sentirse mareados después del aseo.
- Colocamos el timbre a su alcance por si pudiera necesitar algo y subimos las barandillas

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante cambiar las sábanas de los pacientes todos los días para evitar que no afecte a su estado de salud, ya que en las sábanas se acumulan bacterias, microbios, el sudor, las células muertas de la piel, saliva, orina y otros fluidos corporales.

Con este simple gesto estamos proporcionando bienestar al paciente y evitaremos otras lesiones como las úlceras por presión. Haremos que la estancia sea un poco más cómoda y agradable y será un momento crucial para evaluar el estado de ánimo y de salud en general del paciente. Los técnicos auxiliares de enfermería (TCAE) tienen el deber de ser conocedores de sus funciones y saber realizar las técnicas necesarias para ello.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. <https://revistamedica.com/cama-hospitalaria-denominacion/>.

5. <http://servicios-hospitalarios.com/2020/06/29/importancia-tender-cama-hospitalaria/>
6. <https://www.elhospital.com/es/noticias/camas-hospitalarias-diferencias-segun-el-uso-y-los-tipos>.

Capítulo 307

LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DURANTE LA REALIZACIÓN DE LA CAMA DESOCUPADA DEL PACIENTE

RAQUEL TELLO SANZ

BEATRIZ ANDRÉS GARRIDO

INÉS DEL CONSUELO QUISHPE CABEZAS

MABEL TAMARA CATASI HUANQUI

LOURDES LILIA HUANQUI CONDORI

1 Introducción

Una de las principales tareas realizadas por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en las plantas de hospitalización es la realización de las camas hospitalarias.

Esta tarea puede darse en tres casos:

1. Un paciente ha sido dado de alta, y debe realizarse la cama con sábanas limpias una vez el servicio de limpieza ha limpiado y desinfectado la unidad hospitalaria del paciente que ha sido dado de alta.

2. El cambio de ropa de cama realizado diariamente en los pacientes encamados y cada dos días en los pacientes independientes.

3. El cambio de ropa de la cama de un paciente cuando esta se ha manchado de sangre, agua, sudor, orina, heces, esputos, comida, bebida...

Antes de comenzar a realizar la cama hospitalaria, es importante que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) prepare anteriormente todo el material necesario.

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería deberán colocar la ropa de cama en el siguiente orden:

- Funda de colchón o cubrecolchón.
- Sábana bajera.
- Empapadores.
- Sábana entremetida.
- Empapadores cuando el paciente lleve pañal.
- Sábana encimera.
- Manta.
- Colcha.
- Funda de almohada.
- Almohada.

Habrán ocasiones en las que únicamente se manchen una pieza de la ropa de cama, por lo que solo será necesario retirar las piezas sucias y sustituirlas por unas piezas de cama limpias.

2 Objetivos

- Enumerar las fases en la cual se divide el cambio de la lencería de la cama hospitalaria.
- Detallar el procedimiento utilizado para retirar la ropa de la cama utilizada.
- Detallar el procedimiento utilizado para realizar la técnica de inglete.

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 procedimiento llevado a cabo por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería para realizar la cama del paciente que puede levantarse se divide en dos procesos:

1. Retirar la ropa utilizada de la cama.
2. Colocar el resto de las piezas de la ropa de cama.

Antes de comenzar cualquier actividad es necesario preparar el material necesario para dejarlo cerca, de tal forma que se ahorre el mayor tiempo posible. Y comunicarle al paciente la actuación que se va a realizar para que este se levante de la cama y aproveche para dar un paseo o darse una ducha.

Procedimiento adecuado para retirar la ropa utilizada.

- Realizar un correcto lavado de manos y utilizar guantes desechables.
- Retirar la ropa de cama, separando la ropa que va a ser lavada de la ropa que puede seguir utilizando el paciente, como es el caso de la colcha y la manta.
- La ropa que va a ser reutilizada se dejará cerca para colocarla en la cama.
- La ropa que no será utilizada se introducirá en la bolsa o el saco utilizado para la lencería.
- La manera de retirar la ropa de la cama más segura será doblando las piezas desde las esquinas hacia dentro, quedando la parte que no ha estado en contacto con el paciente fuera.
- Al retirar toda la ropa de la cama, se procederá a realizar un correcto lavado de manos y colocarse unos guantes limpios, para evitar tocar las sabanas limpias con los guantes sucios.

Procedimiento adecuado para colocar la sábana bajera.

- Se comenzará extendiendo la sabana bajera a lo largo de la cama. Es importante que no queden arrugas en la sabana para evitar la aparición de heridas o Úlceras por presión al estar en contacto directo con la piel del paciente.
- Las esquinas se realizarán con el procedimiento de mitra o inglete. Este procedimiento consiste en:
 - o Remeter la parte de la sábana sobrante de la esquina.
 - o Realizar un triángulo para lo cual se deberá levantar la sábana.
 - o Estirar para abajo la parte superior del triángulo.
 - o Remeter la parte que queda debajo del colchón.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “La actuación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería durante la

realización de la cama desocupada del paciente” nos demuestra la actuación realizada por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería durante la acción de hacer la cama al paciente hospitalizado.

Cabe destacar que el cambio de ropa de la cama hospitalaria se realizará cada dos días si la ropa de cama no se encuentra sucia y si el paciente es independiente. Cuando el paciente es dependiente y se encuentra en reposo absoluto en la cama, este procedimiento será realizado todos los días, para el cual será necesaria la presencia del celador para que movilice al paciente mientras el técnico en cuidados auxiliares de enfermería cambia la cama.

Para finalizar, recordar que la ropa de cama utilizada se retirará desde fuera hacia dentro, es decir, la parte que ha estado en contacto con el paciente quedará dentro, de esta manera se evitará estar en contacto directo con sustancias o microorganismos que puedan encontrarse en la superficie de la ropa de cama.

6 Bibliografía

1. GUILLAMAS. C, GUTIERREZ. E, HERNANDO. A. Técnicas básicas de enfermería. 2010. España. Editorial Editex.
2. Orden del 26 de abril de 1973, donde quedan reguladas las funciones de los TCAE por el Estatuto de Personal Sanitario no Facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.
3. PEREZ, E., FERNANDEZ, A.M. Auxiliar de enfermería. 2013. España. Editorial Mc Graw Hill Education.
4. VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España. MAD. Edición 2021.

Capítulo 308

EL TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) EN EL MARCO DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

NOELIA CANAL RAMIREZ

ROCÍO RAMÍREZ DUEÑAS

1 Introducción

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una enfermedad crónica y progresiva que afecta los pulmones, causando una obstrucción del flujo de aire y dificultad para respirar. Se caracteriza por una inflamación crónica de las vías respiratorias y daño en los pulmones, principalmente debido a la exposición a sustancias irritantes, como el humo del tabaco y la contaminación del aire.

En la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), los bronquios, que son las vías respiratorias principales, se vuelven inflamados y se estrechan, lo que dificulta la entrada y salida del aire de los pulmones. Además, los pulmones pierden elasticidad y se produce una destrucción gradual de los alvéolos, las estructuras responsables del intercambio de oxígeno y dióxido de carbono.

Los síntomas más comunes de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) incluyen tos crónica, expectoración de moco, falta de aliento y opresión en el pecho. Estos síntomas suelen empeorar con el tiempo y pueden limitar las actividades diarias y la calidad de vida. El principal factor de riesgo para desarrollar Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es el consumo de tabaco, ya sea fumando o inhalando el humo de segunda mano.

Sin embargo, también se puede ver en personas expuestas a contaminantes del aire en el entorno laboral, como humo de biomasa, polvo o químicos. El diagnóstico de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) se realiza mediante la evaluación de los síntomas del paciente, la revisión del historial médico y la realización de pruebas de función pulmonar, como la espirometría, que mide la capacidad pulmonar y la obstrucción del flujo de aire.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo de libro consiste en definir el concepto de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y describir cuales son los síntomas que incluyen la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

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

De los estudios que se han venido realizando a lo largo de los años se debe concluir que el desencadenante de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) puede variar en función del lugar donde se habite, si bien es reseñable la incidencia del tabaco, especialmente en las áreas más desarrolladas, bien sea en fumadores o en personas expuestas al humo del tabaco

Los síntomas que incluyen la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) son:

- Falta de aire, sobre todo con ejercicio físico
- Habituales infecciones respiratorias
- Sensación de presión en el pecho
- Tos crónica con mucosidad, normalmente
- Sibilancia - Sensación de falta de energía
- Cianosis
- Pérdida de peso

La causa principal del desarrollo de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) suele ser el consumo de tabaco, aunque también puede influir la contaminación del aire.

Los exámenes diagnósticos que van a ayudarnos a detectar y a localizar la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) van a ser la radiografía simple de tórax y la exploración por tomografía computarizada (TAC):

- Radiografía de tórax: con esta prueba podemos confirmar el diagnóstico de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), sacando imágenes de los pulmones para poder evaluar la falta de aire o la tos crónica.
- Adquisición de imágenes por tomografía computarizada del tórax: este tipo de examen nos ayudará a confirmar el diagnóstico de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) o nos desvelará si dicha enfermedad ha empeorado. Va a producir una serie de imágenes del interior de los pulmones.

Podremos localizar mejor el enfisema de pulmón y ayudará a identificarlo en una fase menos tardía que con la radiografía simple de tórax. También podremos identificar cambios producidos por la EPOC como el aumento de las arterias en los pulmones.

La tomografía computarizada a veces se usa para medir el grado al que ha llegado el enfisema en los pulmones. En el caso de no padecer de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), podremos determinar si los síntomas son causados por otro tipo de enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

En este tipo de enfermedad que a tantas personas afecta, pudiendo llegar a causar la muerte, el diagnóstico por imagen no sería la principal prueba para determinar si se padece dicha enfermedad, pero sería imprescindible para llegar hasta el fondo de ella y para así poder tratarla de la mejor manera.

La calidad de vida de las personas que padecen Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) se verá mermada y limitada. Para tratar de paliar las consecuencias, el trabajo en equipo de distintos profesionales de la salud, puede ayudar

considerablemente. Conseguir que quien sufre Enfermedad Pulmonar Obstruc-tiva Crónica (EPOC) abandone el consumo de tabaco supone una gran mejora para estos pacientes como se ha demostrado en diversos estudios.

6 Bibliografía

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

Capítulo 309

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA ADMINISTRACIÓN DE LOS ENEMAS

JOSÉ LUIS CABANES HERNÁNDEZ

MARIA GONZALEZ CORCOLES

ROSARIO SANTIAGO ESCOBAR

EVA MARIA SANTIAGO ESCOBAR

JOSE FRANCISCO SÁNCHEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería es la principal figura de autoridad a cargo de administrar enemas en el entorno médico, a pesar de trabajar bajo la supervisión de una enfermera.

Un enema es un líquido o solución que se administra al cuerpo a través del intestino grueso o el recto.

Los enemas se pueden administrar por diversos motivos, los más populares son el diagnóstico dietético, la entrada de medicamentos, la limpieza, etc. El objetivo de hacer todo esto es brindarle al paciente la mejor oportunidad de colaborar con el personal sanitario y no sanitario.

Los enemas se administran con frecuencia a pacientes hospitalizados y residentes de edad avanzada, ya que el estreñimiento es la razón principal por la que se

usan en hogares de ancianos. Otro tipo de técnica de purga que se ofrece en los hospitales son los enemas.

La incapacidad o reducción de la frecuencia de las deposiciones se conoce como estreñimiento.

Sin embargo, no se deben administrar enemas si se padecen patologías de la zona terminal del intestino grueso (por ejemplo, hemorroides), se están recuperando de una cirugía abdominal o perineal, se tiene apendicitis o se tiene una fuerte sospecha de que pueda tenerla.

2 Objetivos

- Resaltar las diversas variedades de enemas que existen.
- Describir expresamente la atención brindada a los pacientes a los que se les administra un enema por el TCAE.

3 Metodología

Para preparar este trabajo se consultaron las principales bases de datos, incluidas Google Academic, PubMed, Scielo y el programa de estudios de la séptima edición del asistente de enfermería de McGraw-Hill, así como una revisión de la literatura. Además, el tema ha sido investigado en artículos.

4 Resultados

Los distintos enemas se cubrirán en las secciones siguientes.

Los enemas se clasifican en una de dos categorías según si se utilizan para retener o expulsar.

1. Enemas de evacuación o limpieza: El objetivo principal de estos enemas es la eliminación de los desechos del colon y recto. Dependiendo de su modo de acción, las membranas mucosas que recubren las superficies de estos espacios se irritan o se estiran. Él completa la tarea.

La evacuación se facilita con la estimulación del peristaltismo.

Puedes hacer tus propios enemas para este tipo usando ingredientes como agua salada, agua con glicerina, agua con aceite y agua con jabón. El enema Duphalac a base de lactulosa y el enema Casen a base de fosfato disódico y fosfato monosódico monohidrato son dos administraciones disponibles comercialmente.

El paciente debe mantener la temperatura durante 5 a 10 minutos mientras recibe estos enemas, que se administran a unos 37°C. Para los enemas caseros, se deben utilizar de 500 a 1500 ml en lugar de 250 ml para los enemas comerciales.

Además de la sonda rectal y otras herramientas, también necesitarás un tanque, un tubo de goma y una llave. También se debe utilizar una colchoneta y una cuña.

2. Enemas de retención: Como su nombre indica, el paciente debe soportar este tipo de enema durante al menos 30 minutos. Los siguientes artículos se pueden encontrar en esta categoría:

- El componente principal de este tipo de enema es el aceite, generalmente aceite de oliva, y sus objetivos principales son ablandar las heces y proteger la mucosa del recto y el ano. 200 ml es el máximo permitido cantidad, y debe administrarse a una temperatura de 37 °C. Fecalomas, hemorroides o estreñimiento persistente en el paciente son las principales indicaciones para realizar este tipo de enema.
 - Enema medicado: este enema se utiliza para tratar los efectos de los medicamentos que se toman por vía oral. Este método se emplea cuando primero debe realizarse un enema de limpieza y la administración oral no es apropiada. El volumen máximo permitido es de 180 mililitros. En estos enemas se utilizan sedantes, anestésicos y otros fármacos.
 - Enema alimentario: Este enema solo se utiliza en situaciones en las que otras vías (oral y parenteral) están contraindicadas. La cantidad a administrar no superará los 180 mililitros, y al igual que en el escenario anterior se deberá utilizar un enema de limpieza.
 - Se aplica un enema opaco al paciente antes de un examen radiológico con fines de diagnóstico. Como en los casos anteriores, es necesaria la limpieza rectal.
- Hay varias cosas que se deben tener en cuenta antes de administrar un enema. Por ejemplo, será necesario verificar la legitimidad de la prescripción y la identidad del paciente). A continuación se debe explicar al paciente la técnica, la posición requerida (decúbito lateral o Sims) y la posición de sujeción de forma sencilla y sin dar detalles innecesarios. El líquido introducido estaba al máximo. Dale todo el tiempo que puedas e infórmale en cualquier caso para tranquilizarlo si sientes que algo no va según lo planeado (por ejemplo, si te sientes muy incómodo).

5 Discusión-Conclusión

El técnico auxiliar de atención de enfermería tratará más directamente con el paciente que está en el hospital y mientras se administra el enema. Para poder comprender constantemente el estado del paciente, es necesario controlar de cerca

todo el procedimiento, técnica y posteriores cambios de paciente para poder dar respuesta a posibles incidencias y contactar con un médico si fuera necesario. La introducción de los enemas es responsabilidad de los TCAE, pero debe realizarse con la asistencia del personal de enfermería. Por lo tanto, deben de disponer de todas las capacidades y conocimientos necesarios a nivel teórico y práctico para su correcto uso y aplicación, sin confundirse entre los distintos tipos de enemas y especialmente sus posologías, así como las limitaciones actuales de su uso en el sector sanitario.

6 Bibliografía

1. Revista. (2021). Funciones del TCAE en la aplicación de un enema de limpieza. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. <https://revistamedica.com/tcae>.

Capítulo 310

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA MEDICIÓN DE LA DIURESIS

JOSÉ LUIS CABANES HERNÁNDEZ

MARIA GONZALEZ CORCOLES

ROSARIO SANTIAGO ESCOBAR

EVA MARIA SANTIAGO ESCOBAR

JOSE FRANCISCO SÁNCHEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

La medición de la producción de orina puede ser útil no solo en el diagnóstico, sino también para evaluar la eficacia de las intervenciones médicas. Para controlar la eficacia de la medicación de un paciente mientras recibe tratamiento por insuficiencia renal o presión arterial alta, por ejemplo, es posible que se requieran mediciones de la producción de orina. Además de evaluar a los pacientes con edema que experimentan retención de líquidos, la medición de la producción de orina también se puede utilizar para controlar la eficacia de los tratamientos destinados a reducir la retención de líquidos.

La salud de los riñones está determinada en gran medida por la producción de orina, que es el volumen de orina que el cuerpo produce en un período de tiempo determinado. La medición de la producción de orina es una herramienta vital

en el diagnóstico y vigilancia de numerosas afecciones médicas, así como en la evaluación de la salud renal.

Es posible cuantificar el volumen de orina producido en un día, una semana, un mes o cualquier otro período de tiempo, así como la concentración de solutos en la orina. La medición de 24 horas ofrece una imagen completa de la producción de orina a lo largo del día, lo que la convierte en el método más preciso para medir la producción de orina.

2 Objetivos

- Discutir la importancia de medir la diuresis en diversas patologías desde la perspectiva del técnico auxiliar de cuidados de enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se realizó una búsqueda y revisión bibliográfica utilizando las palabras clave "funciones e importancia de la medición de la diuresis en el paciente" en las principales bases de datos Medline, Scielo, PubMed y Google.

4 Resultados

Desde la perspectiva de un técnico auxiliar de cuidados de enfermería, la medición de la diuresis es una herramienta de seguimiento crucial para:

- Terapia para diferentes enfermedades. La producción de orina es el volumen de orina generado en un período de tiempo determinado, y medirla puede proporcionar información crucial sobre la salud renal y el nivel de hidratación del paciente.
- Insuficiencia renal: las mediciones de la producción de orina son necesarias tanto para rastrear el desarrollo de la enfermedad renal como para evaluar la función renal. Un cambio en la concentración de solutos en la orina o una disminución en la producción de orina podrían ser signos de disfunción renal.
- Hipertensión arterial: Las mediciones de la producción de orina son necesarias tanto para controlar la eficacia de los medicamentos antihipertensivos como para evaluar el nivel de hidratación del paciente. La producción de orina puede tener un impacto en la presión arterial y proporcionar una indicación de la misma.

- Medir la producción de orina ayuda a las personas con diabetes mellitus a controlar su control glucémico y la eficacia de sus medicamentos terapias para la diabetes. La producción de orina se puede medir para obtener más información sobre el manejo de enfermedades. La orina puede contener altas cantidades de glucosa si la glucosa en sangre no está bien controlada.

- Edema: Las mediciones de la diuresis son fundamentales para evaluar la retención de líquidos y monitorizar la eficacia de las terapias dirigidas a reducirla. La producción de orina proporciona información sobre la cantidad y concentración de líquido retenido en el cuerpo, así como la eficacia de diversas opciones de tratamiento.

En resumen, es fundamental que mida con precisión y registre meticulosamente la producción de orina del paciente como técnico de enfermería de cuidados auxiliares.

Las decisiones de tratamiento informadas y la capacidad de monitorear la progresión de la condición del paciente son dos beneficios que pueden ayudar a la salud y la recuperación del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se confirma que la producción de orina es crucial para diagnosticar, tratar y monitorear una variedad de afecciones médicas, como insuficiencia renal, presión arterial alta, diabetes mellitus y edema. Es necesaria una medición precisa y una documentación exhaustiva de la producción de orina del paciente para ayudar a los profesionales médicos a tomar decisiones informadas sobre su atención y monitorear el progreso del paciente. Para ayudar a los pacientes a recibir atención de alta calidad, los técnicos de enfermería de cuidados auxiliares deben comprender la importancia de medir la producción de orina.

6 Bibliografía

1. www.scielo.org.

Capítulo 311

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: ACTUACIÓN CON EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO

JOSÉ LUIS CABANES HERNÁNDEZ

ROSARIO SANTIAGO ESCOBAR

EVA MARIA SANTIAGO ESCOBAR

MARIA GONZALEZ CORCOLES

JOSE FRANCISCO SÁNCHEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

Una subespecialidad de la medicina llamada psiquiatría tiene como objetivo identificar y tratar patologías y trastornos mentales, así como comprender y promover la salud mental. La psiquiatría también se centra en el tratamiento de trastornos del comportamiento y adictivos.

Los términos "trastorno mental", "enfermedad mental" o "patología mental", junto con otros sinónimos, pueden referirse a una amplia gama de problemas. Todas estas cuestiones son diferentes a su manera.

Se manifiestan como cambios en una serie de procesos o funciones, como el comportamiento, el razonamiento, la capacidad de reconocer la realidad, las emociones o las relaciones interpersonales. A diferencia de tener una única causa

subyacente, son el resultado de una interacción compleja entre factores biológicos, sociales y psicológicos.

Una persona que sufre un trastorno mental como esquizofrenia, trastornos delirantes o trastornos psicóticos se denomina "paciente psiquiátrico".

Otras posibilidades incluyen trastornos de la personalidad, trastorno bipolar, ansiedad, estrés u otras afecciones.

En caso de emergencia, lo mejor es evaluar primero el estado del paciente. Debido a que pueden ocurrir una variedad de situaciones, como violencia, comportamiento amenazante, comportamiento autodestructivo y problemas médicos graves, debe proceder con la mayor precaución.

La respuesta adecuada procede de todo el equipo multi e interdisciplinar: psiquiatras, psicólogos, enfermeras, técnicos de cuidados auxiliares de enfermería, celadores, fisioterapeutas, etc.

2 Objetivos

- Reconocer el valor de la labor realizada por los técnicos auxiliares de enfermería psiquiátrica en todas sus diversas funciones a realizar.

3 Metodología

Este capítulo fue escrito después de realizar una búsqueda de información, consultar artículos en las principales bases de datos, como PubMed, Medline y Scielo y elegir artículos científicos de publicaciones académicas revisadas por pares. Esto proporcionará información pertinente sobre la atención a los pacientes psiquiátricos.

4 Resultados

Una persona que sufre un trastorno mental como esquizofrenia, trastornos delirantes o trastornos psicóticos se denomina "paciente psiquiátrico".

El nivel de atención mejoraría significativamente si los procedimientos se siguieran de acuerdo con un protocolo que abordara la atención particular que estos pacientes requieren, así como una capacitación exhaustiva y detallada sobre estos y otros temas relacionados con la atención de los pacientes psiquiátricos en cada unidad hospitalaria. De hecho, este conocimiento podría incluso resultar útil para otro tipo de pacientes.

Una persona que sufre un trastorno mental como esquizofrenia, trastornos delirantes o trastornos psicóticos se denomina "paciente psiquiátrico".

El objetivo principal de esto sería aprovechar al máximo las tareas que realiza el técnico auxiliar de enfermería (TCAE) en Psiquiatría, muchas de las cuales son similares a las que realiza con otros pacientes, pero tienen un nivel extra de complejidad debido a las características especiales de estos pacientes. Lo que subraya la importancia de tener un plan de acción.

Las principales funciones de un TCAE en psiquiatría serían las siguientes:

- Colaborar para ofrecer atención a personas, familias y comunidades que enfrentan problemas de salud mental.
- Realizar y adquirir exámenes mentales, historias clínicas e información ambiental para estos pacientes.
- Asistencia en las diversas tareas que deben realizar los familiares o cuidadores de los pacientes.
- Liderar al paciente siendo capaz de ofrecerle y facilitarle el descanso necesario, poniendo en práctica las medidas terapéuticas adecuadas para cada caso.
- Ayudar a pacientes dependientes en diversas tareas.

Actividades diarias (AVD) (vestirse, comer, mantener la higiene personal, etc.).

El protocolo establece líneas de actuación coherentes en las distintas funciones, destacando en particular las líneas de actuación solidarias necesarias en este tipo de unidades y fomentando las relaciones y la comunicación entre los distintos miembros del equipo multi e interdisciplinar.

5 Discusión-Conclusión

Una unidad de psiquiatría valora mucho la labor del técnico auxiliar de cuidados de enfermería. Todos y cada uno de los miembros del equipo multidisciplinar deben recibir una formación adecuada para estar siempre conscientes de cómo actuar, ya que la complejidad de este tipo de pacientes puede dificultar mucho su tratamiento.

Gracias a ello, el protocolo de formación que se aplica a cada nuevo empleado de este servicio ha sido un éxito. Los profesionales se sienten más seguros e informados a la hora de actuar, lo que en última instancia beneficia enormemente al paciente. Al final, todo repercute muy positivamente en la salud y en la atención del paciente psiquiátrico.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/>.

Capítulo 312

FRACTURA DE CADERA EN PACIENTE HOSPITALIZADO Y SUS CUIDADOS

ELENA MARTINEZ GONZALEZ

1 Introducción

La fractura de cadera es muy común, sobre todo en personas de mayor edad. Podemos encontrar dos zonas de fractura: en el cuello femoral o en la región intertrocanterea.

La zona de la fractura es muy importante para ayudar a determinar las mejores opciones de tratamiento.

Las opciones de cirugía más comunes son; reparación interna con tornillos, reemplazo total de cadera y reemplazo parcial de cadera.

El siguiente paso en el tratamiento es la rehabilitación; comenzará con ejercicios de amplitud de movimiento y trabajarán la fuerza para fortalecer la zona.

Podemos utilizar productos de apoyo como andador o incluso silla de ruedas.

Una vez que el paciente este dado de alta también es importante las curas de la herida quirúrgica, al tener el alta hospitalaria se citará en su centro de atención primaria para las curas, además de la cita en la consulta del cirujano y también con traumatología.

Es importante revisar la herida por si tuviese signos de infección.

Uno de los riesgos asociados a esta operación quirúrgica puede ser la infección tanto superficial, como interna, lesión en los nervios, cambio en la longitud de la pierna... Es muy común la formación de coágulos sanguíneos en la pierna después de la cirugía.

2 Objetivos

Conocer los cuidados necesarios para favorecer la recuperación de la autonomía pre-cirugía en la medida de lo posible.

3 Metodología

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

4 Resultados

Existen dos circunstancias en las que se puede llegar a la fractura de cadera; una es la pérdida de equilibrio (suele ser más común en gente de avanzada edad) o la descalcificación de huesos (osteoporosis) en las que la fractura suele ser previa a la caída.

Cuando esto ocurre, el dolor es muy agudo en la zona de la cadera y ya aparece la imposibilidad de movimiento en la pierna afectada.

Para la confirmación del diagnóstico solo es necesario una radiografía básica de la zona afectada.

El tratamiento respecto a una fractura de cadera siempre suele ser la intervención quirúrgica, aunque siempre se valorará en la sesión clínica teniendo en cuenta la calidad de vida actual del paciente, se tendrá en cuenta los antecedentes de su historia clínica, y también las probabilidades de recuperación de dicho paciente. Ya hemos hablado en este estudio de las posibilidades más comunes de intervención quirúrgica que son:

- Reparación interna con tornillos; insertando tornillos de metal en el hueso para que la fractura se mantenga unida y así conseguir que se "suelde/una" solo, sin tener que hacer uso de la prótesis.
- Reemplazo total de cadera: se reemplaza con una prótesis, los estudios muestran que tiene mejor resultados a largo plazo en pacientes independientes.
- Reemplazo parcial de cadera: a veces no es necesario el reemplazo de todas las partes, esta opción es más común para gente que no tiene una calidad de vida independiente.

Tras la operación es necesaria una rehabilitación rápida, hay muchos casos de gente de avanzada edad en los que la recuperación es mucho más larga, por lo que hay que tener especial cuidado en las úlceras por presión porque suelen estar más tiempo en cama después de esta intervención.

5 Discusión-Conclusión

Para cualquier intervención postquirúrgica, el personal sanitario tiene que saber todas y cada una de las pautas que hablamos anteriormente en este estudio para así realizar una buena atención al paciente.

Hacer que el paciente se sienta cómodo, que su estancia en el hospital a pesar de la situación sea confortable.

Ser muy meticulosos con el trato de la herida quirúrgica, ser muy atentos con la atención al dolor del enfermo y su administración de la medicación pautaada por el médico.

Estar pendientes de la gestión de la rehabilitación en este tipo de operaciones.

Si el paciente fuese totalmente dependiente, incidir mucho en los cambios posturales.

En definitiva, brindar al paciente la mejor de las atenciones.

6 Bibliografía

1. <https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/traumatismos-y-envenenamientos/fracturas/fracturas-de-cadera>.
2. <https://www.quironsalud.com/blogs/es/lesiones-cuidamos/saber-fractura-cadera>.
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
4. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
5. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 313

EL PACIENTE CRÓNICO EN FASE TERMINAL POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.

ESTELA GARCIA MONTES

IRENE CONEJO VALERO

CARMEN DIAZ ROPERO

MARIANA VACARU

JAVIER BONILLA GOMEZ

1 Introducción

El paciente crónico es aquella persona que desde que se le diagnostica una enfermedad tiene que vivir con ella hasta el fin de sus días. Una enfermedad crónica puede presentar varios procesos a lo largo del tiempo, desde episodios leves hasta episodios de gravedad.

Cuando un paciente es diagnosticado de alguna enfermedad de carácter crónico debe aprender a vivir con ella y con los diferentes tratamientos que va a necesitar para ir controlando dicha enfermedad, así como modificar y adoptar sus hábitos de vida a una nueva circunstancia que es la propia enfermedad.

Muchas veces el paciente vive con una dolencia de forma cronificada y esta no conlleva la muerte del paciente, pero en otras ocasiones, quizá en el mayor

número de veces, son estas dolencias las que hacen que el paciente con el paso del tiempo entre en una fase denominada terminal y probablemente será el motivo de la muerte de la persona enferma.

Llegado el momento en el que una persona entra en la fase terminal de una enfermedad, lo único que cabe es intentar paliar y controlar los dolores o molestias que el paciente puede tener, intentando garantizarle una muerte digna. En estos casos es cuando se comienza a tratar a la persona a través del servicio de cuidados paliativos.

2 Objetivos

- Tratar de explicar en qué consiste una enfermedad crónica y diferenciarla de la fase terminal de la misma.
- Dar herramientas de apoyo emocional por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería tanto al paciente como a los familiares.
- Explicar la importancia que tiene el auxiliar de enfermería en la fase terminal de un paciente hospitalizado.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo hemos realizado una investigación consistente en una revisión bibliográfica de diferentes artículos o publicaciones relacionadas con el tema a tratar.

Desestimando aquellos que no estén directamente relacionados con la labor de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.

Hemos realizado varias consultas en bases de datos como Scielo y Cuiden empleando términos como fase terminal, enfermedad crónica, cuidados paliativos.

4 Resultados

Lo primero que dejaremos claro es que enfermedad crónica no es lo mismo que enfermedad o fase terminal. Hay enfermedades crónicas que con un simple tratamiento garantizan la calidad de vida del paciente y en este caso la persona no ve afectada prácticamente nada su vida diaria.

Pero por el contrario sí que hay enfermedades crónicas que cursan con crisis a lo largo del tiempo, ya sean leves o graves y que evolucionan, necesitando de diferentes tratamientos y deteriorando la vida del enfermo, llegando a esa fase

terminal en la que ya lo único que podemos hacer es intentar garantizar la mayor calidad de vida del paciente y la familia.

Cuando el paciente llega a esta etapa final o terminal de la enfermedad y por lo tanto de la vida del paciente se pueden diferenciar varias etapas por las que pasa:

- Etapa inicial: generalmente el paciente no es consciente de que esta en una fase avanzada y no existe curación sino únicamente el tratamiento paliativo. Los familiares suelen estar al tanto de la situación.
- Etapa sintomática o de cambio: el paciente ya es consciente de lo que puede estar sucediendo, experimenta cambios como debilidad, somnolencia, decaimiento, etc...
- Etapa declive y agonía: es el último paso antes de morir, empiezan a aparecer síntomas como la ausencia de tensión arterial, el pulso comienza a desaparecer y aparecen esos cambios físicos que preceden a la muerte.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería como profesional sanitario sabrá como desempeñar cada una de sus funciones con este tipo de pacientes, adaptando su modo de trabajo a las necesidades del propio enfermo, además debe estar preparado y capacitado para gestionar estas situaciones con normalidad y ser capaz de brindar ese apoyo emocional que en estos momentos tanto necesitan pacientes y familiares.

5 Discusión-Conclusión

Es muy difícil hablar del paciente crónico terminal sin mencionar los cuidados paliativos. Estos son necesarios para que el propio paciente se encuentre en una situación tranquila y sobre todo afronte esta etapa final con dignidad, sin dolores ni inquietudes.

El paciente crónico es portador de una enfermedad a lo largo de su vida, por lo que aprende a vivir con ella y a adaptar sus hábitos de vida a esa nueva situación. Pero para lo que nunca estamos preparados es para enfrentar esa etapa final donde la única posibilidad es hacerlo de una manera digna.

El apoyo emocional por parte de los profesionales sanitarios tanto a pacientes como a familiares puede hacer que ese trance se pueda sobrellevar de una manera más liviana pero nunca paliaran el dolor de perder a un ser querido.

6 Bibliografía

- El cuidado del paciente terminal (isciii.es)
- Bases de datos Scielo y Cuiden

Capítulo 314

LOS ADOLESCENTES Y EL TRASTORNO ALIMENTICIO. EL PAPEL QUE JUEGA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA EN SU RECUPERACIÓN.

IRENE CONEJO VALERO

JAVIER BONILLA GOMEZ

MARIANA VACARU

CARMEN DIAZ ROPERO

ESTELA GARCIA MONTES

1 Introducción

Actualmente en la sociedad española, cada día cobra más importancia la problemática relacionada con los trastornos mentales. Uno de los más comunes, entre la población más joven, es el trastorno alimenticio o TCA (trastorno de la conducta alimentaria), que llega a causar una problemática de carácter general bastante importante.

Dentro de este tipo de enfermedad, encontramos diferentes formas de desencadenar el trastorno.

Normalmente todo comienza con un rechazo al propio cuerpo, llegando incluso a sentir asco por su físico.

Las formas en las que se puede desarrollar la enfermedad son dos: la anorexia de carácter nervioso y la bulimia. Ambas tienen síntomas comunes como puede ser la preocupación excesiva por el físico, un control enfermizo del peso y un rechazo máximo por la comida. La anorexia, generalmente hace que el paciente que la sufre tenga negación ante la ingesta de alimentos, siendo indiferente el tipo de comida que sea. Sin embargo, la bulimia se caracteriza porque el paciente si realiza las comidas, incluso a veces de manera compulsiva. Pero posteriormente se sienten culpables, provocándose el vómito para evitar aumentar en peso.

Si atendemos a diferentes tipos de estadísticas, incluso de la asociación de pediatría española, podemos observar, que los trastornos relacionados con la comida ocupan la segunda posición de las enfermedades mentales que más se dan entre jóvenes. Hasta no hace muchos años, este tipo de enfermedad se daba mucho más entre mujeres que hombres, pero es cierto que, de un tiempo a estar parte, la incidencia entre hombres es mucho mayor.

2 Objetivos

Como objetivo principal nos centraremos en explicar qué papel juegan los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en la recuperación de este tipo de pacientes.

Aparte queremos dar importancia a este tipo de enfermedades, destacando aquellos indicios que nos pudieran poner sobre aviso para poder detectar de manera precoz esta problemática, y poder tratarla desde un principio, evitando desenlaces fatales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, hemos realizado una revisión bibliográfica de diferentes artículos y publicaciones de carácter sanitario, relacionados con el tema a tratar.

Se han consultado varias bases de datos como Medline y Cuiden, para completar la información necesaria para llevar a cabo este trabajo.

4 Resultados

De unos años a esta parte, los cánones de belleza impuestos por la sociedad han ido cada vez presentando cuerpos delgados y esbeltos, que en algunos casos han sido excesivos.

Los adolescentes, hoy en día, tienen un acceso a internet y a redes sociales, prácticamente ilimitado.

Con esto, lo que sucede es que están expuestos a mucha información, algunas veces no siendo buena esta exposición.

Con la adolescencia, los chicos y chicas son mucho más vulnerables e influenciables que en otras edades, por lo que hay que tener mucho cuidado con las informaciones que les llegan.

Generalmente, el adolescente que sufre de TCA (trastorno de la conducta alimentaria), no lo sabe controlar ni detectar. Es por este motivo que se debe prestar mucha atención a los posibles signos o síntomas que pudiera empezar a aparecer en la conducta del enfermo. Algunos de estos signos son los siguientes:

- Reducción del apetito y de la ingesta de alimento: pondrán excusas y dirán mentiras para justificar la negación de la comida.
 - Empleo de fármacos: suelen ser laxantes o fármacos para reducir el apetito.
 - Incremento en la ingesta de agua: lo realizan para de este modo sentirse saciados y así no comer.
 - Aparece un repentino interés por el ejercicio: lo realizan de forma descontrolada.
- Cuando no se presta atención suficiente a estos signos, la enfermedad se desarrolla de tal forma que puede llegar a ser mortal.

En estados avanzados de TCA (trastorno de la conducta alimentaria), el paciente tiene que llegar a ser ingresado en un centro hospitalario o unidad especializada en este tipo de problemas mentales. Es en este punto donde el técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña su papel más importante.

Básicamente, el auxiliar de enfermería debe realizar funciones de control sobre el chico o la chica que sufre este tipo de trastorno. Lo ha de realizar de un modo discreto, estando atento a cada gesto o movimiento que el chico pueda tener, para verificar que el enfermo come correctamente lo que se le administra y bebe lo necesario.

Este control ha de realizarse de una forma empática, no intimidando al paciente ni violentándolo. La empatía es la mejor herramienta de la que dispone el auxiliar de enfermería.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería cuando trata con estos pacientes ha de manejar ciertas herramientas para poder desempeñar sus funciones de un modo adecuado.

Es necesaria una preparación psicológica para que el auxiliar de enfermería pueda abordar el factor emocional del propio enfermo. Ya que este factor tiene una relación directa con el trastorno alimenticio, puesto que, en la mayoría de los casos, la anorexia o la bulimia suelen ser desencadenantes de algún otro trastorno mental no detectado ni tratado.

Por último, destacar, que la educación es fundamental para acabar con esta lacra. Debemos inculcar a nuestros niños a estar conformes consigo mismos y lo más importante de todo, aceptar al resto sin importar que físico tengan.

6 Bibliografía

- El papel del TCAE en la alimentación y la nutrición - Ocronos - Editorial Científico-Técnica (revistamedica.com)
- El rol del TCAE en pacientes con trastornos mentales - Ocronos - Editorial Científico-Técnica (revistamedica.com)
- Bases de datos Medline y Cuiden

Capítulo 315

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE TRAUMATOLOGÍA: FUNCIONES Y CUIDADOS DEL PACIENTE

CARMEN DIAZ ROPERO

ESTELA GARCIA MONTES

JAVIER BONILLA GOMEZ

IRENE CONEJO VALERO

MARIANA VACARU

1 Introducción

La unidad de traumatología y ortopedia abarca gran porcentaje de ocupación de los centros hospitalarios, ya que, atiende numerosas patologías relacionadas con el sistema músculo-esquelético.

Este sistema comprende desde los huesos, hasta los tejidos adyacentes, como tendones, músculos, ligamentos o articulaciones.

Es tan amplia la problemática que nos podemos encontrar relacionada con este servicio, que es necesario contar con una amplia plantilla de profesionales sanitarios que den cobertura a todos los pacientes que lo puedan necesitar.

Este servicio lo conforman diferentes profesionales como médicos traumatólogos, ortopedistas, enfermeros, fisioterapeutas, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y celadores, entre otros.

En esta ocasión, nos vamos a centrar en la figura del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, que es parte importante del equipo multidisciplinar que conforma el servicio de trauma.

Los auxiliares de enfermería son los sanitarios que más contacto con el paciente tienen dentro del

área de traumatología, puesto que, generalmente, este tipo de pacientes precisa de una asistencia casi integral mientras están ingresados en el hospital, ya que no suelen servirse por sí mismos.

Esta asistencia ha de llevarse a cabo siempre bajo las indicaciones y directrices de los médicos y enfermeros, puesto que en muchos casos es necesaria una perfecta movilización del paciente, siguiendo unas precauciones para evitar el empeoramiento del enfermo.

2 Objetivos

- Explicar en qué consiste y cómo se conforma el servicio de traumatología de un complejo hospitalario.
- Detallar y exponer las diferentes funciones que ha de desarrollar el TCAE en el área de traumatología y su trato con el paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, hemos llevado a cabo una investigación, consistente en una revisión bibliográfica de diferentes artículos y publicaciones relacionadas con el tema a tratar, desestimando aquellas que no estén directamente relacionados con la figura del técnico en cuidados auxiliares de enfermería. Hemos realizado, también, varias consultas en bases de datos como Scielo y Medline, empleando términos como traumatología, ortopedia.

4 Resultados

En el servicio de traumatología del hospital, en un alto porcentaje de los casos, los pacientes que se encuentran allí ingresados son pacientes totalmente dependientes para todo, debido a las lesiones o intervenciones que se les ha realizado.

El papel que desempeña el auxiliar de enfermería con los pacientes de este servicio es crucial. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería siempre ha de trabajar bajo la supervisión de un enfermero.

Con pacientes politraumatizados, el auxiliar de enfermería ha de proporcionar una atención integral e individualizada de cada uno, atendiendo las necesidades que puedan tener a todos los niveles como físicos y emocionales.

El médico será quien prescriba las diferentes pautas de actuación con los enfermos, si se han de levantar, si han de estar en reposo, el tipo de dieta que deben seguir, etc.

Con toda esta información, el auxiliar de enfermería debe ejecutar cada uno de los cuidados, atendiendo a las necesidades de cada paciente.

Las funciones de los auxiliares de enfermería en traumatología son las siguientes:

- Atender las diferentes necesidades de los pacientes para garantizar su bienestar, como, por ejemplo, el aseo, las movilizaciones, cambios posturales o administración de las dietas.
- Asistir a los diferentes profesionales en curas u otros procedimientos, con la intención de conseguir que la recuperación sea más rápida.
- Acompañar a los pacientes a las diferentes pruebas a las que se hayan de someter.
- Administrar enemas que hayan sido pautados por un facultativo siempre que sean necesarios.
- Dar apoyo emocional a los pacientes cuando estos lo necesitan.

En el servicio de traumatología, es muy necesario que haya una buena coordinación entre todos los profesionales sanitarios que allí trabajan. El auxiliar de enfermería casi siempre realizará su trabajo de la mano de los celadores para proporcionar al enfermo una asistencia de calidad.

5 Discusión-Conclusión

El cuerpo humano es un perfecto engranaje que funciona de manera coordinada y perfecta. Pero en ocasiones sucede que esto se ve alterado y necesitamos de ayuda médica para volver a estar bien.

El servicio de traumatología se caracteriza por arreglar “aquello que se rompe”. Ya sea mediante intervenciones quirúrgicas o por tratamientos curativos.

Generalmente, ya sea a través de una intervención o de un tratamiento, suelen ser bastante complejos y con recuperaciones bastante pesadas.

Por este motivo, el auxiliar de enfermería ha de intentar proporcionar la mejor asistencia física y emocional a cada paciente que lo necesite, cubriendo de este modo todas sus necesidades.

6 Bibliografía

1. Las funciones del TCAE en Consultas Externas - Ocronos - Editorial Científico-Técnica (revistamedica.com)

Capítulo 316

EL TRASTORNO DEL PÁNICO Y APOYO INTEGRAL DEL TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

M BEGOÑA JUNQUERA RODRIGUEZ

1 Introducción

El trastorno de pánico es un subtipo el trastorno de la ansiedad. Suele provocar ataques de pánico con sentimientos de temor sin que haya una causa o razón a la vista. La persona en algunos casos puede sentir que pierde el control y puede llegar a experimentar síntomas físicos como:

Taquicardias, es decir, la frecuencia cardíaca elevada, dolor en el pecho debido a la ansiedad o malestar estomacal, dificultades a la hora de respirar, sentirse mareado o débil, sensación de frío o de calor, hormigueo de diferentes partes del cuerpo o agarrotamiento de las manos.

Este tipo de ataques de pánico pueden surgir en cualquier momento, en cualquier lugar, es inesperado. La persona puede tener miedo por otra causa y evitar los lugares en donde padeció el episodio anteriormente. El miedo suele ser dominante y le impide realizar tareas o actividades cotidianas en su vida diaria poniéndole impedimentos.

Suele ser más frecuente en las hembras que en los varones y suele comenzar en los adultos de joven edad. Suele ser frecuente cuando una persona padece mucho estrés. El natural se suele mejorar cuando el profesional les impone un tratamiento y la terapia les ayuda a identificar y cambiar sus pensamientos.

2 Objetivos

Los principales objetivos pueden ser las causas de este tipo de trastorno de pánico y las funciones que puede realizar el auxiliar de enfermería.

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

No se conoce la causa exacta por la que la persona sufre los ataques de pánico o por las que padece este trastorno pero tienen relación:

Los genes, situaciones muy estresantes, las personas que son más sensibles y suelen padecer más estrés que otras y las que suelen tener más tendencia a emociones negativas. También por ciertas modificaciones o variaciones en el cerebro de la persona.

Algunos estudios dicen que es una reacción natural que nuestro cuerpo hace ante cualquier situación de peligro que pueda existir. Por ejemplo si un toro te persigue, el cuerpo reaccionaría aumentando el pulso y agitándose la respiración, porque el cuerpo se prepara para una situación de peligro por lo que pueden darse los episodios de pánico pero es extraño cuando no hay una causa exacta.

Los factores de riesgo que pueden aumentar los episodios de pánico pueden ser los siguientes:

Por antecedentes en la familia, situaciones elevadas de estrés, como por circunstancias como la muerte de un familiar o ser querido, o por una enfermedad grave. Por un acontecimiento que nos haya causado un trauma como una agresión sexual o un accidente muy grave, modificaciones en nuestra vida como divorcios o la llegada de un nuevo miembro a la familia, por el consumo excesivo de tabaco o la ingesta de caféina, también por abuso sexuales o maltrato físico.

El tcae deberá: hablarlos con tranquilidad y con suavidad, entenderles y apoyarles, dejar que expresen sus sentimientos para que se sientan comprendidos, saber cuáles son los factores de riesgo que puedan traerles efectos negativos, se

les debe de motivar y hacerle sentir lo más cómodo y seguro es posible diciéndoles que todo saldrá bien junto con el apoyo de sus familiares y nuestra.

5 Discusión-Conclusión

Por último, las personas que padecen este tipo de trastorno y viven estos episodios de pánico saben realmente lo que es pasar por ello. Para ello, en ciertas ocasiones necesitan ayuda profesional porque no son a controlar los ataques de pánico por sí mismos.

Debe de recibir el mayor apoyo posible tanto por los profesionales sanitarios especializados en salud mental, como por sus familiares y sus seres queridos para que su recuperación sea más fácil y llevadera.

Esta gente, suelen ser retraídos o miedosos debido a su trastorno por lo que a la hora de tratar con ellos debemos de tener cierto tacto.

6 Bibliografía

- Bados, Arturo. (1999). Agorafobia y ataques de pánico. Editorial Pirámide. ISBN 978-84-368-1361-6.
- Burns, David. (2006). Adios, Ansiedad: Cómo superar la timidez, los miedos, las fobias y la situación de pánico. Editorial Paidós. ISBN 978-84-493-1925-9.

Capítulo 317

SERVICIO DE DIGESTIVO: LA COLITIS ULCEROSA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

ANA ISABEL PRIETO GARCIA

MARIA SORAYA FERNANDEZ MARTIN

MERCEDES OLLERO CHAMORRO

RAUL CALZADO PRIETO

NURIA MARÍA ALONSO CARRASCO

1 Introducción

Dentro del servicio de digestivo, la colitis ulcerosa es una de las enfermedades más comunes que en él se tratan. Está caracterizada por la inflamación y la ulceración de la pared interior del colon. Uno de los síntomas más comunes de la colitis ulcerosa es la diarrea, la mayoría de las veces con sangre. El dolor abdominal, los calambres abdominales, dolor rectal, pérdida de peso, fatiga, necesidad imperiosa de defecar e incapacidad de hacerlo a pesar de la urgencia son otros de los síntomas con los que se presenta esta enfermedad.

Actualmente, no existe una cura conocida para la enfermedad y el tratamiento que se administra es a base de fármacos y en casos más graves con corticoides.

Uno de los factores que influyen en la reducción de las molestias y de los síntomas es saber mantener una buena alimentación y unos hábitos de vida saludables, evitando el alcohol, el exceso de grasas y el tabaco, entre otras.

La colitis ulcerosa es una enfermedad crónica, lo que quiere decir que acompañara de por vida a la persona que la padezca. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería, debe conocer qué cuidados y actuaciones tiene que llevar a cabo con este tipo de pacientes, para paliar, en la medida de lo posible, el malestar que el enfermo pueda presentar.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la colitis ulcerosa desde el punto de vista del TCAE.

3 Metodología

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

4 Resultados

Como hemos visto antes, la colitis ulcerosa es una enfermedad de carácter crónico. Pero es cierto que se desarrolla con largos periodos de inactividad y otros en los que se presentan crisis donde el paciente lo pasa realmente mal. La enfermedad consiste en una inflamación importante del intestino y del recto. Aunque a día de hoy se desconocen las causas que la provocan, hay doctores que se atreven a decir que es una enfermedad autoinmune.

Los síntomas que aparecen con la enfermedad de la colitis ulcerosa son los siguientes:

- Dolores abdominales intensos y cólicos.
- Diarrea frecuente, y en algunos casos acompañada de sangre o pus.
- Aparición de episodios febriles.
- Sensación de necesidad de hacer deposición, pero en realidad solo es eso, una sensación.

- Pérdida de peso súbita, sin causa aparente.

Los técnicos que desempeñan su trabajo en el servicio de digestivo del hospital, están muy familiarizados con la enfermedad de las colitis ulcerosas. Deben realizar tareas comunes a otras plantas hospitalarias, pero es cierto que también desarrollaran tareas propias del servicio y de las enfermedades que en él se tratan. Una de las más comunes es la recogida de muestra de heces, que se lleva a cabo de manera sistemática ante este tipo de enfermedades. Siempre realizándolo en las condiciones más óptimas de seguridad e higiene para el paciente como para el trabajador, asegurando también la no contaminación de la muestra. Los pacientes que sufren este tipo de enfermedades han de aprender a convivir con ella de por vida, y tendrán que aprender a manejar la situación de la mejor manera posible. Si bien es cierto que existen tratamientos para controlar el desarrollo de la enfermedad, y que el paciente pueda desarrollar su vida con cierta normalidad.

5 Discusión-Conclusión

Gracias al avance de la medicina y de la ciencia y de los diversos estudios que se realizan de manera constante, el conocimiento de las enfermedades y sus causas, podemos determinar que la colitis ulcerosa, aunque es una enfermedad crónica, se va avanzando más en el conocimiento de la propia enfermedad. Actualmente, hay estudios que indican que tiene un factor altamente genético, por lo que pudiera ser hereditaria, pero también es cierto que el estilo de vida y la alimentación también influyen de manera directa.

La figura del auxiliar de enfermería tiene una labor importante en el trato con estos pacientes, no solo en lo referente a la asistencia hospitalaria, sino también en lo referente a la concienciación de que toda enfermedad llevada con unos buenos hábitos, puede estar más controlada.

6 Bibliografía

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

Capítulo 318

FRACTURA DE TIBIA Y PERONÉ. CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) MEDIANTE UN CASO CLÍNICO.

NURIA MARÍA ALONSO CARRASCO

RAUL CALZADO PRIETO

ANA ISABEL PRIETO GARCIA

MERCEDES OLLERO CHAMORRO

MARIA SORAYA FERNANDEZ MARTIN

1 Introducción

La fractura de tibia y peroné es uno de los casos que con mayor incidencia se dan en el servicio de traumatología de un centro hospitalario. Generalmente, es un proceso que requiere de una recuperación lenta, incluso en múltiples ocasiones es necesaria una intervención quirúrgica, para poder conseguir una curación total de la lesión, intentando aminorar los daños o secuelas que le puedan quedar al paciente. Cuando una persona sufre algún accidente que deriva en una fractura, los síntomas que este puede presentar son desde un dolor intenso, hasta una

alteración sensorial, pasando por inflamación, hemorragia si la fractura es abierta, etc.

El diagnóstico de esta lesión es muy sencillo, simplemente con una exploración física se puede certificar, aunque siempre estará acompañado por una radiografía que confirmara la evidencia y descartara, o ratificará la aparición de otras lesiones adyacentes.

Cada paciente y cada fractura necesitarán de un tratamiento específico, adecuado a las necesidades que presente la lesión. Si la lesión es cerrada, lo más probable es que se opte por un tratamiento más conservador como la colocación de la fractura que se mantendrá fijada por una férula de escayola durante un periodo de 8 a 12 semanas, con la posterior rehabilitación. Si, por el contrario, nos encontramos con una fractura abierta o complicada, probablemente el paciente tendrá que ser intervenido quirúrgicamente, y luego portará una férula con la correspondiente rehabilitación.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es detallar el proceso de recuperación de un paciente que sufre una fractura de tibia y peroné a través de un caso clínico. Así como determinar a través de este supuesto el papel que desempeña el técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante esta circunstancia.

3 Caso clínico

Al servicio de urgencias acude Lucia, una chica de 24 años, acompañada por sus padres porque no puede caminar.

Refiere que estaba haciendo deporte, cuando de repente, sufre una caída. Lo primero que nos indica es que cuando se mira la pierna derecha observa un desplazamiento de la misma a la altura de la espinilla y un dolor tan intenso que le hace desmayarse.

Cuando llega al servicio de urgencias lo hace en ambulancia de soporte, que ya le ha prestado una primera atención. Llega con la pierna colocada, puesto que no se observa esa derivación de la que ella habla.

Una vez hablado con la paciente, se le hace pasar a la sala de triaje, para tomar constantes y realizar la primera exploración física. Ya en este momento se detecta que Lucia puede sufrir una fractura de tibia y peroné cerrada.

No obstante, se le piden varias radiografías para ratificar diagnóstico y descartar posibles lesiones que pudiese tener en tejidos adyacentes y que pudieran complicar la situación.

Una vez realizadas todas las pruebas radiológicas necesarias y descartar posibles lesiones colaterales, se decide ingresar a Lucia en la unidad de traumatología del hospital.

El tratamiento indicado, en su caso, ha sido de carácter conservador. Dado que la lesión era una fractura limpia, y cerrada, se opta por colocar el miembro, y poner una férula de escayola que le acompañara las próximas 10 semanas. Después de este tiempo, se volverá a valorar la fractura y se decidirá si se vuelve a colocar una nueva férula o, por el contrario, deberá empezar el tratamiento de fisioterapia para su pronta recuperación.

Mientras Lucia se encuentre ingresada en el área de traumatología, el auxiliar de enfermería deberá prestar una atención casi integral a la paciente, ya que tendrá que ocuparse del aseo, de las movilizaciones y de los posibles traslados.

4 Discusión-Conclusión

El área de traumatología del hospital abarca una abanico muy amplio de posibles pacientes que puedan ser ingresados en él. Es muy importante que en este tipo de áreas, se dé una completa unidad entre el personal que desempeña el trabajo. Puesto que son pacientes que presentan una gran complejidad a la hora de tratar con ellos, debido a los dolores tan intensos que tienen, como a la hora de realizar algún tipo de movilización o traslado.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería, casi siempre tendrá que ir acompañado del celado para cualquier situación que se presente, y de este modo ayudarse, mutuamente, para un mejor funcionamiento del servicio.

5 Bibliografía

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

Capítulo 319

LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCION DE ULCERAS POR PRESIÓN EN EL PACIENTE PARAPLEJICO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MERCEDES OLLERO CHAMORRO

RAUL CALZADO PRIETO

ANA ISABEL PRIETO GARCIA

NURIA MARÍA ALONSO CARRASCO

MARIA SORAYA FERNANDEZ MARTIN

1 Introducción

Las úlceras por presión, también denominadas escaras, se producen en aquellas partes del cuerpo sin movilidad y que están sometidas a largos periodos de tiempo a una presión continua.

Se producen por una necrosis de los tejidos y de las células. Es una muerte lenta de los tejidos, puesto que las úlceras no aparecen de la noche a la mañana, sino

que atraviesan un proceso que suele empezar por un enrojecimiento de la zona dañada.

En esta ocasión nos vamos a centrar en los pacientes que sufren de paraplejia, y por este motivo no tienen movilidad en los miembros inferiores. Pero es necesario explicar que la aparición de este tipo de lesiones se da de manera muy común en pacientes que están encamados o con poca movilidad.

En el caso de las personas paraplégicas, que precisan de sillas de ruedas, las zonas más comunes para que aparezcan este tipo de lesiones son las siguientes:

- Coxis y glúteos.
- Omoplatos y columna vertebral, sobre todo en la zona baja, hacia las lumbares.
- Parte trasera de brazos y piernas, debido al contacto continuado con la silla de ruedas.
- Por último en los talones.

La labor de los técnicos de enfermería en la prevención de este tipo de lesiones es fundamental, no solo a la hora de realizar su trabajo, sino también a nivel formativo con los pacientes que se encuentran en esta situación.

2 Objetivos

- Explicar las causas y los factores que influyen en la aparición de las úlceras por presión en el caso de los pacientes paraplégicos.
- Incidir en la importancia de la prevención en la aparición de este tipo de lesiones y como interviene el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en este sentido.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, hemos realizado una investigación consistente en una revisión bibliográfica de diferentes artículos o publicaciones relacionados con la aparición de las úlceras por presión, Hemos desestimado aquellos, que no mantienen una relación directa con los factores de prevención ni con la figura del auxiliar de enfermería.

Hemos consultado diferentes bases de datos como Medline o Cuiden, empleando términos como escara, úlcera por presión, necrosis.

4 Resultados

Las úlceras por presión, también denominadas escaras, son lesiones que aparecen en la piel y afectan a los tejidos subyacentes. Están provocadas por un exceso de presión en alguna zona del cuerpo en concreto.

Las personas que más riesgo tienen de padecer estas afecciones son aquellas que no tienen movilidad, por lo que ven limitada su capacidad de movilidad y por lo tanto de cambiar de posición.

Como hemos indicado anteriormente, en esta ocasión nos vamos a centrar en las personas paraplégicas que no tienen movilidad en sus miembros inferiores.

Las escaras suelen desarrollarse en el transcurso de un tiempo determinado. Por lo que queda demostrado que la prevención es parte importante para evitar que aparezcan. Si bien es cierto que la mayoría de las escaras tienen cura, pero pueden llegar a cronificarse si no se ataja a tiempo el problema.

Las úlceras por presión suelen pasar por distintos estadios que se diferencian por su profundidad y por su gravedad. En algunos casos estas lesiones pueden llegar a afectar músculos y huesos, ocasionando incluso infecciones graves, que en casos extremos pueden acabar con la vida del paciente.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe conocer las diferentes medidas de prevención que se deben llevar a cabo con los pacientes paraplégicos y que son las siguientes:

- Es necesario que se produzca un cambio en el punto de apoyo de las zonas que tengan mayor riesgo, lo ideal es hacerlo cada hora o dos horas como mucho.
- Las personas paraplégicas de vez en cuando deben hacer fuerza con sus brazos para liberar la zona de los glúteos y del coxis que es donde mayor riesgo tienen de sufrir estas lesiones.
- El poder permitirse una buena silla de ruedas que posea cojín anti escaras y que permita diferentes tipos de inclinación para liberar todas las zonas del cuerpo posibles.
- El empleo de colchones anti escaras durante el descanso.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto anteriormente, las úlceras por presión aparecen por varios motivos, teniendo especial riesgo las personas paraplégicas. Para evitar que se produzcan y el paciente tenga que sufrir las lesiones que se le ocasionan, debemos crear un plan de cuidados auxiliares de enfermería, basado en la prevención

Se tendrán en cuenta las características personales de cada paciente, así como la gravedad de las heridas y el estado general del mismo.

Es muy importante que los profesionales sanitarios les den una formación adecuada a cuidadores y pacientes, para que ellos también puedan evitar que estas lesiones aparezcan, para ello habrá que mantener una vigilancia y un control permanente.

6 Bibliografía

- PubMed (nih.gov)
- Escaras (úlceras por presión) - Síntomas y causas - Mayo Clinic
- Bases de datos Medline y Cuiden.

Capítulo 320

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA LABOR QUE DESEMPEÑA EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

MANUELA SUSANA ALVAREZ ALVAREZ

ANA LOPEZ PEREZ

JESICA FERNÁNDEZ QUEIPO

MONICA RODRIGUEZ FERNANDEZ

AMAYA CABRERA RUIZ

1 Introducción

Existen muchos pacientes que sufren una enfermedad crónica con un trastorno orgánico que les va a suponer un cambio importante en su forma de vida, ya sea por un periodo largo de tiempo o para el resto de días de su vida.

En este trabajo vamos a hablar de las enfermedades del riñón.

Cuando una persona sufre un daño en el riñón, como puede ser una neuropatía, hay una disminución funcional del riñón de manera irreversible, convirtiéndose en una enfermedad crónica.

Cuando se tiene unos riñones sanos, ellos mismos limpian su sangre. Por otra parte, los riñones también producen unas hormonas que hacen que se mantengan los huesos fuertes y la sangre sana. Pero cuando los riñones fallan, se necesita un tratamiento que se encargue de hacer la función que tendrían que hacer los riñones en su estado normal.

Cuando esto ocurre, hay dos opciones. Una es el trasplante de riñón y otra es someter a estas personas a los dos tipos de diálisis que existen hoy en día, que son la hemodiálisis o la diálisis peritoneal.

A este tipo de enfermedades son consideradas como un grave problema para la sanidad y para la sociedad debido a que cada vez hay más pacientes afectados y debido al gasto económico que ello supone y el impacto psicológico que produce en los pacientes que lo sufren. En este trabajo vamos a centrarnos en explicar cómo funciona la unidad de hemodiálisis y el papel que tiene el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en ello.

2 Objetivos

Exponer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la unidad de hemodiálisis.

3 Metodología

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

4 Resultados

En este apartado hablaremos sobre cuáles son las funciones que desempeña el personal Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en una unidad de Hemodiálisis.

Esas funciones son las siguientes:

El profesional TCAE tiene que ser conocedor de los accesos vasculares para pacientes en la unidad de hemodiálisis y saber identificar tanto las ventajas como

los problemas asociados a cada tipo de acceso.

Tiene que saber valorar los factores que afectan a la insuficiencia renal crónica del paciente que se encuentra sometido a hemodiálisis.

A su vez, el personal TCAE se encargará de realizar los cuidados necesarios a los pacientes en hemodiálisis.

Dentro de la unidad de Hemodiálisis, el profesional TCAE desempeñará unas funciones importantes como son las siguientes: el personal TCAE será quien se encargue de preparar todo el material necesario de diálisis que posteriormente se va a utilizar con el paciente. Este material se compone de gasas estériles, jeringuillas, agujas fistula y agujas para la analítica.

Cuando el paciente llega al centro, antes de iniciar la sesión de hemodiálisis, deberá pesarlo siempre con la misma ropa y lo anotará.

Se encargará de recibir al paciente y de que se sienta cómodo. A continuación comprobará que la máquina se encuentre lista para su uso. Tendrá que comprobar que el paciente se encuentre en buenas condiciones para poder iniciar la sesión de hemodiálisis. Si por alguna razón hubiese alguna incidencia, tendría que anotarla y comunicar ya bien sea al médico o al personal de enfermería.

Se encargará de avisar al paciente de que tiene que lavar el acceso.

Comprobará los signos vitales del paciente.

Una vez que el paciente termina la sesión, tendrá que pesarlo y anotarlo.

Cada 30 minutos tendrá que medir la presión arterial y anotarlo.

También tendrá que anotar la ingesta y diuresis que se han realizado durante la sesión.

Tendrá que asistir al personal de enfermería cuando se conecta y desconecta la fistula o el catéter, ayudando a este personal en todo lo necesario.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, podemos decir que cuando a una persona se le diagnostica insuficiencia renal crónica, esta noticia causa un impacto negativo en ella, ya que al comentarles que se tienen que someter a un proceso de hemodiálisis, no les sienta nada bien.

Que una persona se tenga que someter a hemodiálisis, supone tener que acudir a un centro de hemodiálisis 3 veces por semana aproximadamente y el tiempo que dura cada sesión es de unas 4 horas.

Esto provoca en el paciente un estado de ansiedad, depresión y muchos otros trastornos, ya que es un cambio brusco de manera repentina el que se produce en su vida y al que nadie está preparado con antelación.

Por lo tanto, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería va a jugar un papel muy importante, ya que va a tener que apoyar psicológicamente al paciente, haciendo que este afronte el problema de la mejor manera posible.

6 Bibliografía

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

Capítulo 321

EL PROFESIONAL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON TRAQUEOSTOMÍA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

JESICA FERNÁNDEZ QUEIPO

AMAYA CABRERA RUIZ

1 Introducción

Para mantener la permeabilidad de las vías respiratorias en pacientes que requieren asistencia respiratoria, se realiza un procedimiento de traqueotomía para crear una ruta de acceso directo a la tráquea a través del cuello. Este método se usa con frecuencia en pacientes con obstrucciones respiratorias, durante operaciones prolongadas o para personas que requieren ventilación mecánica durante un período prolongado, a pesar de que mejora y puede salvar vidas, la traqueotomía.

También puede ser un procedimiento complicado que requiere cuidados intensivos que afecta la calidad de vida de los pacientes. Para evitar complicaciones y favorecer una recuperación completa, los pacientes que se someten a una traqueotomía requieren atención de enfermería especializada. El mantenimiento de la vía aérea, el control de secreciones, la limpieza de cánulas, el monitoreo de la saturación de oxígeno, la prevención de infecciones, la movilización y el cuidado

postural son parte del cuidado de enfermería brindado a los pacientes con traqueostomía. También reciben nutrición e hidratación adecuadas. De este cuidado depende la prevención de problemas respiratorios, la reducción del riesgo de infección y la promoción de una recuperación eficiente y rápida. Es crucial recordar que los cuidados de enfermería se brindan a los pacientes con las necesidades de cada paciente deben informar el tipo de traqueotomía que se realiza.

2 Objetivos

- Exponer los cuidados del técnico auxiliar de enfermería ante un paciente con traqueostomía.
- Enumerar el material necesario para realizar la cura de una traqueostomía.

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

Es importante mantener en todo momento limpio y seco el estoma. Después de un postoperatorio, hay que observarlo debido a que se tiene que drenar y puede haber mayor broncorrea debido a que el aparato respiratorio del paciente operado tiene que adaptarse, por un lado, a que entre aire menos humidificado y por otro a la cánula que supondría un cuerpo extraño.

En las primeras fases postoperatorias hay que realizar una cura diaria repitiéndola varias veces a lo largo del mismo día. A la vez que se realizan las curas, hay que aprovechar para observar el estoma y también para cambiar la cánula en el caso de que sea preciso. También es necesario cambiar la camisa interna una vez al día como mínimo.

Para realizar la cura es necesario emplear el material siguiente:

- Se necesitan varias gasas estériles.
- Unos guantes que sean estériles.

- Agua oxigenada y suero fisiológico.
- Una sujeción de la cánula.
- Un apósito para la traqueotomía.
- Antiséptico.

Cuando además de realizar la cura tenemos que cambiar la cánula, se necesita lo siguiente:

- Una cánula estéril del mismo tamaño del que tiene el paciente puesta.
- Una cánula estéril de un tamaño inferior a la puesta.
- Se necesitan sondas de aspiración endotraqueal.
- Un sistema para aspirar.
- Lubricante hidrosoluble.
- Es necesario una fuente de oxígeno y un ambú.
- Un paño estéril.

Cuando vamos a proceder a realizar la cura, tenemos que proceder de la siguiente forma:

- Primero informaremos al paciente de lo que le vamos a hacer diciéndole que puede resultarle molesto.
- Luego procedemos a retirar el apósito sucio y tendremos que aflojar la sujeción teniendo mucho cuidado que con la tos no nos expulse la cánula. Posteriormente, aspiraremos las secreciones del paciente.
- Por último, con suero salino limpiaremos el estoma, lo sacamos para aplicarle antiséptico y pondremos el apósito.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes que tienen una traqueostomía necesitan unos cuidados adecuados para evitar que sufran algún tipo de complicación.

Es importante realizar la limpieza del estoma como mínimo una vez al día para evitar que se infecte debido a una mala higiene.

El equipo de enfermería involucrado en la atención a estos pacientes es importante para enseñarles como tienen que ejercer sus cuidados en un futuro.

Por otra parte, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería tienen que conocer cuáles son los procedimientos y contraindicaciones para poder actuar de forma adecuada y evitar cualquier complicación. Para ello, han de tener la formación adecuada.

6 Bibliografía

1. Perez,E y Fernandez,Ana M^a “auxiliar de enfermería”,Mc Graw Hilla 4 ed 2005.
2. Shoemaker et al.”tratado de medicina crítica y terapia intensivista”.Panamericana 3 ed 1998.

Capítulo 322

EL PROFESIONAL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON TRASPLANTE RENAL: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

AMAYA CABRERA RUIZ

1 Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC) es una afección médica caracterizada por la disminución gradual y persistente de la función renal durante un periodo prolongado. Se considera crónica porque generalmente progresa lentamente durante meses o incluso años antes de que los síntomas se vuelvan evidentes.

Los riñones desempeñan un papel crucial en la eliminación de desechos y toxinas del cuerpo, así como en la regulación de la presión arterial y el equilibrio de electrolitos. Cuando los riñones no funcionan correctamente, pueden acumularse sustancias dañinas en el cuerpo.

Los factores de riesgo de la ERC incluyen diabetes, hipertensión, enfermedad cardíaca, antecedentes familiares de enfermedad renal y edad avanzada. Los síntomas pueden variar y pueden incluir fatiga, hinchazón en las extremidades, presión arterial alta y cambios en la frecuencia y la cantidad de la micción. A medida que la enfermedad progresa, los riñones pueden perder la capacidad de filtrar adecuadamente la sangre y eliminar desechos, lo que lleva a la acumulación de toxinas en el cuerpo.

La ERC se clasifica en cinco etapas, desde la etapa 1 (la más leve) hasta la etapa 5 (insuficiencia renal terminal). El tratamiento se adapta a cada etapa e incluye cambios en la dieta, control de la presión arterial, medicamentos y, en etapas avanzadas, diálisis o trasplante renal. El diagnóstico temprano y la gestión adecuada son fundamentales para ralentizar la progresión de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de los pacientes con ERC. Es importante consultar a un médico regularmente para el monitoreo y la atención de esta afección crónica

2 Objetivos

- Explicar qué es la enfermedad renal crónica.
- Dar a conocer en qué consiste la diálisis.

3 Metodología

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

4 Resultados

Todo paciente que ha sufrido un trasplante renal, debe de haber un equipo que se encargue de guiarles, darles consejo y asesorarles en todo lo que necesiten.

Se puede decir que la tasa de supervivencia tanto del donante como del receptor es del 100% al año y la tasa del injerto de un 90% (esto se debe a alguna pérdida que ocurre por culpa de una pancreatitis grave, alguna porque se produce un rechazo vascular y otras debidas a un sangrado después de que ha transcurrido un mes desde el trasplante).

La persona que se somete a un trasplante renal tiene que ser consciente de que para su enfermedad es muy importante llevar a cabo unos buenos hábitos alimenticios y un estilo de vida saludable. Existen varios tratamientos y cada uno de ellos presenta sus ventajas y sus inconvenientes.

El trasplante renal consiste en implantar en un cuerpo un riñón nuevo que procede de otra persona o donante y que sustituye al anterior riñón debido a que ha

sufrido una anomalía y no realiza correctamente su función.

La persona que ha recibido el riñón trasplantado tiene que estar sometido a un tratamiento de por vida para evitar que el cuerpo rechace el nuevo órgano.

Otra opción distinta al de trasplante es el tratamiento de diálisis en la que tenemos dos tipos, la diálisis peritoneal y la diálisis hemodiálisis.

1. La diálisis peritoneal: se emplea la membrana peritoneal, una membrana que es natural y se sitúa en la cavidad abdominal, desempeñando la función de filtro y hacino de riñón artificial.

2. La hemodiálisis: consiste en hacer pasar la sangre por un tubo hasta llegar a un filtro especial que está formado por muchas fibras de celofán que está conectado a la máquina de hemodiálisis, y que se divide en dos partes:

- Por una parte, es por donde transcurre la sangre.

- Por la otra, un líquido se encarga de extraer los residuos que había en esa sangre para que esta regrese al cuerpo, ya limpia, a través de un tubo.

Cada sesión que se hace de hemodiálisis dura casi 4 horas y se realiza 3 veces por semana.

5 Discusión-Conclusión

Hoy en día, las personas que se someten a un trasplante de riñón tienen un alto porcentaje de supervivencia. Se dice que el porcentaje de supervivencia de las personas que han sido sometidas a trasplante es mayor al 90% en los cinco primeros años.

La insuficiencia renal es una enfermedad que está aumentando en gran cantidad. Cuando una persona le diagnostica la enfermedad renal crónica, esto le supone un gran impacto emocional. La familia es la unidad familiar donde estas personas se pueden apoyar para sentirse arropados y apoyados en todo momento.

Por otra parte, la persona que lo padece tiene que aprender a convivir con el dolor que ello supone y recibir por parte del personal sanitario todos los cuidados integrales que necesite.

6 Bibliografía

1. Nuria Barrera Arias. Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería. Trabajadora del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). Universidad de Oviedo.

Capítulo 323

EL PAPEL VITAL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN INTEGRAL DE PACIENTES EN LA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA

RAQUEL DE LA CABALLERÍA VIVAR

MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ REINA

CANDIDA TRUJILLO CORONEL

MARIA ISABEL FERNANDEZ MOHEDANO

MANUEL JESÚS ZAMUDIO NAVARRO

1 Introducción

Cualquier procedimiento de cirugía cardiovascular se lleva a cabo con el objetivo primordial de abordar y corregir patologías cardíacas subyacentes. Después de someterse a procedimientos tales como cirugía de revascularización coronaria, ablación cardíaca, implantación de Stents, reemplazo valvular, angioplastia, ablación de arritmias como el aleteo auricular y la fibrilación auricular, cateterismo cardíaco, angioplastia carotídea, cirugía cardíaca mínimamente invasiva, cirugía cardíaca neonatal o pediátrica, y cirugía de bypass de arteria coronaria, los pacientes entran en una nueva fase crucial: la recuperación.

En esta etapa, se requiere que los pacientes sigan cuidadosamente directrices y protocolos de atención específicos en su vida cotidiana, iniciando este proceso mientras aún se encuentran bajo supervisión hospitalaria en una unidad de cuidados coronarios. Estos protocolos revisten importancia, ya que preparan al paciente para asumir una vida autónoma y saludable después de la cirugía. Dependiendo de la naturaleza de la intervención, el paciente será trasladado a la unidad especializada correspondiente, donde se llevará a cabo el tratamiento y se proporcionarán los cuidados necesarios para fomentar una recuperación óptima. Es de destacar que toda cirugía conlleva ciertos riesgos inherentes, como la posibilidad de infecciones o hemorragias. Sin embargo, la implementación adecuada de los cuidados recomendados a continuación tiene como objetivo primordial minimizar estos riesgos y asegurar una recuperación exitosa en el paciente.

2 Objetivos

Analizar las actuaciones llevadas a cabo por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería con los pacientes en el servicio de cardiología.

3 Metodología

Para realizar este trabajo, se emprendió una investigación que comprendió una revisión exhaustiva de la literatura científica disponible. Se efectuó una búsqueda organizada de libros y se consultaron artículos en las principales bases de datos, incluyendo Medline, Pubmed y Scielo. Esta investigación se enfocó en las palabras clave "tcae", "pacientes", "cardiología" y "cuidados" para guiar el proceso de búsqueda y análisis.

4 Resultados

Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) son profesionales altamente capacitados y especializados en el ámbito de la salud con una formación intermedia. Su rol principal consiste en proporcionar apoyo y atención básica a los pacientes en diversas áreas de la atención médica. En el contexto de la cardiología, los TCAE desempeñan un papel esencial en la prestación de cuidados y servicios que abarcan desde la asistencia en la movilidad de pacientes con limitaciones físicas hasta la colaboración con otros profesionales de la salud, incluyendo médicos y enfermeros especializados en esta área. Su participación es

necesaria en la prestación de cuidados cardiológicos integrales y en la asistencia a pacientes que requieren atención en esta especialidad médica.

Dentro de la unidad de cardiología, los TCAE cumplen una serie de funciones clave. Esto incluye la identificación y registro de los síntomas y dolencias de los pacientes que acuden al centro médico. Además, desempeñan un papel fundamental en la asistencia a los pacientes en sus necesidades de higiene personal, lo que es esencial para mantener su bienestar general.

Los TCAE también colaboran activamente con el personal de apoyo en la movilización de los pacientes, garantizando su comodidad y bienestar durante su estancia en la unidad de cardiología. Preparan y mantienen las habitaciones en condiciones óptimas para asegurar un entorno higiénico y confortable. Esto incluye la regulación de la temperatura y otras condiciones ambientales para el beneficio del paciente.

La alimentación es otro aspecto fundamental en la atención de pacientes en cardiología, y los TCAE desempeñan un papel importante en la provisión de las comidas diarias, asegurándose de que los pacientes reciban la nutrición adecuada según las indicaciones médicas.

Los TCAE también se dedican a facilitar la rutina diaria de los pacientes durante su estadía en la unidad de cardiología, ofreciendo apoyo emocional y proporcionando información necesaria y autorizada a los familiares del paciente.

En última instancia, su función incluye la colaboración estrecha y efectiva con el personal de enfermería y médico, proporcionando las herramientas y el apoyo necesarios para llevar a cabo intervenciones y procedimientos con éxito en el entorno cardiológico. Su experiencia y compromiso son fundamentales para garantizar una atención de calidad y una recuperación óptima de los pacientes en este campo altamente especializado de la medicina.

5 Discusión-Conclusión

Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería desempeñan un papel fundamental en la unidad de cardiología, ofreciendo una amplia gama de cuidados y asistencia a pacientes con afecciones cardíacas. Su formación les permite ayudar en la movilización de pacientes, mantener la higiene personal, garantizar la alimentación adecuada y brindar apoyo emocional. Además, colaboran estrechamente con el personal médico y de enfermería, participando en la preparación de procedimientos y la implementación de intervenciones. Su presencia no solo alivia la carga de trabajo del personal de salud, sino que también asegura que los pacientes reciban una atención completa y especializada. En

definitiva, los TCAE son profesionales fundamentales en el equipo de atención cardiológica, contribuyendo de manera significativa a la calidad de vida y recuperación de los pacientes cardiológicos.

6 Bibliografía

1. Larkin, T., Price, P. y Astin, F. (2016). Las experiencias de los pacientes en los días que rodearon el diagnóstico de una enfermedad cardíaca aguda: una síntesis narrativa. *Revista Británica de Enfermería Cardíaca*, 11(9), 432-441.
2. Tschannen, D., Witry, M., Brennan, K. y DeMaria, R. (2018). Resultados de los pacientes con proveedores de atención asistente en entornos de cuidados intensivos. *Revista de Administración de Enfermería*, 48(7-8), 391-396.

Capítulo 324

EL ROL DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LAS URGENCIAS MÉDICAS

RAQUEL DE LA CABALLERÍA VIVAR

CANDIDA TRUJILLO CORONEL

MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ REINA

MANUEL JESÚS ZAMUDIO NAVARRO

MARIA ISABEL FERNANDEZ MOHEDANO

1 Introducción

Dentro del complejo escenario de un servicio de urgencias, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel esencial al prestar una atención que se caracteriza por su celeridad, eficiencia y compasión hacia pacientes que se encuentran en situaciones médicas críticas. La preparación y competencias del TCAE adquieren un carácter ineludible en la efectiva respuesta ante emergencias, garantizando la administración de cuidados pertinentes durante momentos de crisis médica. Además, se enfatiza la importancia de la colaboración interprofesional, aptitudes comunicativas, y la habilidad para funcionar bajo condiciones de alta presión como elementos fundamentales para asegurar la provisión de una atención de alta calidad y empatía en circunstancias de máxima demanda.

El TCAE ocupa una posición central en el equipo de salud en el contexto de urgencias, desempeñando un papel integral en múltiples facetas para asegurar una atención exhaustiva y puntual a los pacientes que arriban en estado de emergencia. Su contribución no se limita a la prestación de cuidados directos, sino que abarca una amplia gama de actividades que van desde la coordinación logística hasta la asistencia en procedimientos médicos y la interacción con pacientes y sus familias. Su competencia y dedicación son factores cruciales en la ejecución de una atención completa y humanizada en el entorno de urgencias, donde el tiempo y la precisión son elementos fundamentales. En este sentido, el TCAE es un pilar insustituible en la atención a pacientes en estado de emergencia.

2 Objetivos

Analizar las actuaciones llevadas a cabo por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería con los pacientes en el servicio de urgencias.

3 Metodología

Para realizar este trabajo, se emprendió una investigación que comprendió una revisión exhaustiva de la literatura científica disponible. Se efectuó una búsqueda organizada de libros y se consultaron artículos en las principales bases de datos, incluyendo Medline, Pubmed y Scielo. Esta investigación se enfocó en las palabras clave "tcae", "urgencias", "pacientes" y "cuidados" para guiar el proceso de búsqueda y análisis.

4 Resultados

En el ámbito de una unidad de atención de urgencias, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería desempeña un rol de suma relevancia en la provisión de atención y cuidados a pacientes que llegan en situaciones médicas críticas. Su función inicial es acoger a los pacientes y recopilar datos pertinentes acerca de su condición médica y síntomas. Estos datos son fundamentales para facilitar el proceso de triaje, permitiendo al personal de enfermería y a los médicos identificar y abordar las necesidades prioritarias del paciente en un tiempo crucial.

La toma y registro de signos vitales, como la frecuencia cardíaca, presión arterial, frecuencia respiratoria y temperatura, corresponde al TCAE. Estos datos consti-

tuyen elementos esenciales en la evaluación del estado del paciente, proporcionando información relevante para la toma de decisiones médicas apropiadas.

El TCAE desempeña un papel activo en procedimientos médicos variados, incluyendo la inserción de vías intravenosas, la obtención de muestras sanguíneas para análisis clínicos, y la administración de medicamentos y tratamientos prescritos por el personal de enfermería o médico. Su participación es fundamental para garantizar la correcta ejecución de estos procedimientos.

La responsabilidad del TCAE abarca también el mantenimiento del entorno de urgencias. Este profesional se encarga de asegurar que el área esté limpia, ordenada y equipada adecuadamente, garantizando que todos los materiales y equipos necesarios estén disponibles y en condiciones óptimas para proporcionar una atención médica rápida y efectiva.

En casos de pacientes con limitaciones de movilidad o lesiones, el TCAE asume la tarea de ayudar en su movilización y traslado dentro de la unidad de urgencias, velando por su comodidad y seguridad.

El apoyo emocional ofrecido por el TCAE es fundamental en un entorno de urgencias, donde el estrés y la angustia pueden ser predominantes. Escuchar a los pacientes y sus familiares, y proporcionar palabras de aliento, constituyen aspectos esenciales de la atención humanizada que el TCAE ofrece.

En situaciones críticas de paro cardíaco o respiratorio, el TCAE colabora en el equipo de reanimación cardiopulmonar bajo la supervisión directa del personal médico. Su participación puede ser determinante para la recuperación del paciente.

Finalmente, el TCAE asume la responsabilidad de mantener registros precisos y completos de todas las intervenciones realizadas y los datos clínicos relevantes en el historial médico del paciente. Esto asegura que la información esté disponible y accesible para el personal médico y de enfermería, contribuyendo así a la continuidad de la atención y al seguimiento adecuado de la condición del paciente en situaciones de urgencia.

5 Discusión-Conclusión

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería se revela como un elemento insustituible en el contexto de un servicio de urgencias. Su contribución abarca desde la acogida inicial y la recopilación de datos cruciales hasta la toma de signos vitales y la asistencia en procedimientos médicos, asegurando una atención precisa y oportuna a pacientes en estados críticos. Además de su labor técnica, el TCAE proporciona un soporte emocional invaluable en un entorno estresante,

transmitiendo empatía y aliento a pacientes y sus familias. Su participación en el mantenimiento del entorno, en la movilización de pacientes y en situaciones críticas como la reanimación cardiopulmonar demuestran la amplitud de su rol. Finalmente, el registro y documentación meticolosos garantizan la continuidad de la atención.

6 Bibliografía

1. García, MD y Pérez, LJ (2018). El impacto de los auxiliares de enfermería en los resultados de los pacientes en el servicio de urgencias. *Revista de enfermería de emergencia*, 44(5), 484-491.
2. Johnson, AL y Brown, K. (2019). Triage y utilización del departamento de emergencias por parte de asistentes de enfermería. *Revista de Medicina de Emergencia*, 55(6), 826-832.

Capítulo 325

EL ROL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL CUIDADO INTEGRAL DE PACIENTES DIABÉTICOS

RAQUEL DE LA CABALLERÍA VIVAR

MARIA ISABEL FERNANDEZ MOHEDANO

MANUEL JESÚS ZAMUDIO NAVARRO

MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ REINA

CANDIDA TRUJILLO CORONEL

1 Introducción

La diabetes mellitus representa una enfermedad metabólica crónica con una alta prevalencia a nivel global. Los pacientes diagnosticados con diabetes requieren atención especializada con el propósito de mantener su bienestar y mitigar las complicaciones de índole crónica. En este contexto, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) asume la responsabilidad de proporcionar una atención personalizada a estos pacientes.

La diabetes mellitus se caracteriza por la elevación de los niveles de glucosa en sangre, resultante de una insuficiente producción de insulina o una resistencia a su acción. Esta patología se subdivide en diferentes tipos, entre los que se destacan la diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, diabetes gestacional, y variantes menos

frecuentes. La inadecuada gestión de la diabetes puede desencadenar diversas complicaciones crónicas, como enfermedades cardiovasculares, trastornos oculares, neuropatías, insuficiencia renal y problemas circulatorios.

El TCAE desempeña un papel fundamental en el cuidado de los pacientes diabéticos, realizando tareas que engloban desde la educación del paciente sobre su enfermedad, el monitoreo de los niveles de glucosa en sangre, la administración de insulina y fármacos orales, el cuidado de heridas y úlceras en los pies, hasta el apoyo en la planificación de la dieta y la asistencia en la actividad física. La comunicación efectiva y la coordinación con el equipo de salud, incluyendo enfermeros y médicos, son elementos clave para lograr una atención integrada y eficaz, asegurando el seguimiento del plan de cuidados y la adecuada supervisión de los registros y controles necesarios para el manejo de la enfermedad por parte del paciente.

2 Objetivos

Analizar las actuaciones llevadas a cabo por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en los cuidados de los pacientes diabéticos.

3 Metodología

Para realizar este trabajo, se emprendió una investigación que comprendió una revisión exhaustiva de la literatura científica disponible. Se efectuó una búsqueda organizada de libros y se consultaron artículos en las principales bases de datos, incluyendo Medline, Pubmed y Scielo. Esta investigación se enfocó en las palabras clave "tcae", "pacientes", "diabetes" y "cuidados" para guiar el proceso de búsqueda y análisis.

4 Resultados

El rol del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el contexto del cuidado del paciente diabético es un pilar fundamental en la gestión de esta enfermedad crónica. Abarca una serie de responsabilidades clave que contribuyen al bienestar y la prevención de complicaciones en estos pacientes.

En primer lugar, el TCAE asume la tarea de monitorear activamente los niveles de glucosa en sangre, una función de vital importancia en el control de la diabetes. Esta labor implica la realización de pruebas de glucemia capilar de forma regular

y la meticulosa documentación de los resultados para permitir una evaluación precisa de la evolución de la enfermedad.

Además, bajo supervisión y con la debida capacitación, el TCAE puede participar en la administración de insulina y medicamentos orales, asegurando que se cumplan de manera rigurosa las directrices y las dosis recetadas por el profesional médico, lo que contribuye a mantener un control adecuado de los niveles de glucosa en sangre.

El cuidado de heridas y úlceras representa otro aspecto esencial en el manejo de pacientes diabéticos, ya que son propensos a desarrollar heridas que pueden tener dificultades en su proceso de cicatrización debido a problemas circulatorios y neuropatía. El TCAE desempeña un papel especializado en el cuidado de estas lesiones, siguiendo protocolos específicos para prevenir infecciones y facilitar la recuperación.

En cuanto a la gestión de la alimentación, el TCAE colabora en la supervisión de la dieta del paciente diabético, garantizando que se adhiera a un plan alimenticio adecuado y controlando de cerca la ingesta de carbohidratos y azúcares, lo que contribuye a mantener los niveles de glucosa en rangos óptimos.

Por último, el TCAE también cumple un rol esencial en la educación del paciente diabético sobre su enfermedad y la promoción del autocuidado. Esto abarca la instrucción en la administración correcta de medicamentos, la importancia de mantener una dieta adecuada, la promoción de la actividad física y la detección temprana de posibles complicaciones. Además, el TCAE participa en la prevención de complicaciones a largo plazo, manteniendo una vigilancia constante y brindando una atención minuciosa al paciente, mientras fomenta la autonomía del paciente en su autocuidado, alentando la adhesión a las recomendaciones médicas y la adopción de un estilo de vida saludable para minimizar la manifestación de síntomas relacionados con la enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el cuidado de pacientes diabéticos es de suma importancia en la gestión de esta enfermedad crónica. Sus responsabilidades abarcan desde el monitoreo riguroso de los niveles de glucosa y la administración de medicamentos hasta el cuidado de heridas y la promoción del autocuidado. El TCAE desempeña un rol vital al colaborar estrechamente con el equipo médico y de enfermería, proporcionando una atención personalizada y minuciosa a los pacientes diabéticos.

La monitorización constante de la glucosa, la administración precisa de insulina

y fármacos, así como el cuidado de heridas, son esenciales para mantener la salud y prevenir complicaciones a largo plazo. La labor educativa del TCAE también empodera a los pacientes, permitiéndoles tomar un papel activo en su propia salud.

6 Bibliografía

1. Asociación Estadounidense de Educadores en Diabetes. (2017). AADE7 Conductas de autocuidado . Educador en diabetes, 43(5), 491-502.
2. Dougherty, L. y Lister, S. (Eds.). (2015). Manual de procedimientos de enfermería clínica de Royal Marsden . John Wiley e hijos.

Capítulo 326

RECOMENDACIONES DESDE EL ÁMBITO DE LA SALUD EN LA PREVENCIÓN PRIMARIA DEL CÁNCER Y SU INCIDENCIA

SANDRA PEREIRA GARCÍA

LORENA ARECES FERNÁNDEZ

EVANGELINA SUAREZ GARCIA

ANA BELÉN BERMÚDEZ GUTIÉRREZ

1 Introducción

La incidencia es el número de casos nuevos de una enfermedad en una población y en un periodo determinados, y puede expresarse como tasas (número absoluto de casos nuevos por 100.000 personas y año) o en número absoluto de nuevos casos en el intervalo de un año.

La incidencia del cáncer, añadido a los datos de mortalidad, es el indicador mas valorado para ver el impacto del cáncer.

La prevención es definida por la OMS en 1998 como las medidas destinadas no solo a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. Se puede clasificar en tres niveles: primaria, secundaria y terciaria.

En principio la prevención primaria son medidas orientadas a evitar la aparición del cáncer y disminuir su incidencia mediante el control de los agentes causales y los factores predisponentes o condicionantes.

Pueden dirigirse al comportamiento personal del individuo o pueden estar dirigidas a prohibir o disminuir la exposición de una persona al factor nocivo hasta niveles que no sean dañinos para su salud. Así tendríamos, por ejemplo, la prohibición de bebidas alcohólicas a menores de edad o el uso de preservativos para la prevención del VIH.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Informar a la población general de la alta tasa de incidencia del cáncer.
- Dar a conocer los factores de riesgo del cáncer para poderlos evitar.

Objetivos secundarios:

- Promocionar recomendaciones generales que configuran el código europeo contra el cáncer.
- Concienciar de su importancia mostrando el porcentaje tan relevante de población que podría evitar dicha enfermedad cumpliendo estos sencillos consejos.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se han revisado publicaciones en revistas científicas tales como UNIVADIS o en empresas de información biomédica.

Se ha consultado la incidencia del cáncer en la fundación SEOM (Sociedad Española de Oncología Médica) el REDECAN (Registro de Cáncer de España), revisado el Código Europeo contra el cáncer y las recomendaciones de la Agencia Internacional de Investigación del cáncer.

4 Resultados

La incidencia estimada para el año 2023 en España es de 279.260 casos nuevos de cáncer, según cálculos de REDECAN, siendo 158.544 hombres y 120.715 mujeres, y se espera un incremento de la incidencia de tal manera que en el año 2040 alcance los 341.000 casos.

De nuevo, los tumores constituirán la segunda causa de muerte por detrás de las enfermedades del sistema circulatorio.

Uno de cada 4,5 hombres y una de cada 5,5 mujeres desarrollarán un cáncer antes de los 75 años de edad.

Los cánceres con mayor incidencia y responsables del mayor número de fallecidos a nivel mundial fueron los de pulmón, el colorrectal, el hepático, el de estómago y el de mama.

El cáncer de pulmón es el mas frecuente. El hábito del tabaquismo es su principal factor de riesgo.

Su incidencia es distinta según el sexo y la supervivencia es de las mas bajas. La tendencia en España es a disminuir en hombres y a aumentar en mujeres, relacionado con el consumo mas habitual del tabaco por este sexo en los últimos años. También influyen la contaminación atmosférica y la exposición al radón.

El cáncer colorrectal es el mas común si tenemos en cuenta a hombres y mujeres conjuntamente.

Se asocia a una dieta con un elevado consumo de carne roja, embutidos y alcohol, y también a la obesidad.

El cáncer hepático tiene una alta incidencia y mucha mortalidad.

Son factores de riesgo la infección de la Hepatitis B o C, la contaminación de los alimentos con Aflatoxina, la obesidad, la diabetes tipo II y el consumo de alcohol y tabaco.

El cáncer de estómago se relaciona con una dieta pobre en frutas y el consumo de tabaco y alcohol, pero su principal factor de riesgo es la infección por la bacteria del *Helicobacter Pylori*.

El cáncer de mama es el mas frecuente en la población femenina.

Algunos factores de riesgo, aparte de la edad que no es susceptible de variarse, son el no tener hijos y la obesidad postmenopáusica.

Así, un factor protector sería el tener hijos en edades tempranas y la lactancia materna realizada durante como mínimo seis meses.

También podríamos mencionar el cáncer de cuello uterino, que es el cuarto en cuanto a incidencia en las mujeres.

Son factores de riesgo el tabaquismo, el uso de anticonceptivos orales y la infección por el virus del Papiloma Humano y el VIH.

Y el cáncer de próstata, que se asocia a la edad.

La prevención primaria pone énfasis en los factores de riesgo "prevenibles".

Por ello se ha revisado la evidencia científica disponible por la Agencia Internacional de la Investigación del Cáncer y se han marcado una serie de recomendaciones:

- 1) No fumar.
- 2) Evite la obesidad, manteniendo un peso saludable.
- 3) Realice ejercicio físico a diario.
- 4) Dieta saludable: reduciendo el consumo de carnes rojas, procesadas y ricas en sal. Evitando los alimentos ricos en azúcar refinada y aumentando el consumo de frutas, verduras y cereales integrales.
- 5) Evite el consumo de alcohol.
- 6) Evite la exposición al sol y siempre con protección solar. No use cabinas de rayos UVA.
- 7) En el entorno laboral protéjase de sustancias cancerígenas, cumpliendo la normativa de protección de salud y seguridad laboral.
- 8) Evite agentes infecciosos. Use protección en las relaciones sexuales de riesgo frente a la infección del VIH, Hepatitis B y C, Papiloma Humano, etc.
- 9) Procure dar lactancia materna, mínimo 6 meses.
- 10) Averigüe si está expuesto a la radiación por Radón.

5 Discusión-Conclusión

Sabemos que uno de cada tres muertes de cáncer se deben a factores de riesgo evitables, tales como el tabaco y el alcohol. Es importante, pues, identificar los agentes causales, ya que se ha demostrado que una mayor predisposición a ellos incrementa el riesgo de padecer un cáncer, por lo tanto, su incidencia.

Y si la población fuera consciente del grado de importancia de cumplir las indicaciones para su prevención y fueran capaces de adherirse a ellas, seríamos capaces de reducir en un 40 por ciento dicha incidencia (un 18 por ciento en pulmón, un 40 por ciento en cáncer colorrectal, un 68 por ciento en mama) y, por lo tanto, habría una menor mortalidad y una mayor supervivencia.

De ahí la relevancia y la responsabilidad que conlleva para todos los profesionales del ámbito de la salud la promulgación de todas estas recomendaciones.

6 Bibliografía

1. Datos del Global Cancer Observatory (GCO) elaborado por la International Agency For Research On Cancer (IARC) de la organización mundial de la salud (OMS).
2. Datos actualizados del REDECAN (Registro De Cáncer De España).
3. Datos de la Agencia Internacional de Investigación del cáncer (IARC) y del Código Europeo contra el Cáncer.

4. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Mathers C, Parkin DM, Piñeros M, Znaor A, Bray F. Estimating The Global Cancer And Mortality In 2019: Globocan Sources And Methods. *Int J Cancer*. 2019 Apr 15 ; 144(8):1941- 1953.

Capítulo 327

GUÍA DE TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN LA ENFERMEDAD OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)

CARLOS GÓMEZ DE OLMEDO CORONA

LAURA DE PABLO MARTÍNEZ

SERGIO MARTÍNEZ GARCÍA

JORGE MARTÍN DÍAZ-GUERRA

MARIO GARCÍA MARTÍN

1 Introducción

La fisioterapia desempeña un papel importante en el manejo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Esta enfermedad crónica y progresiva afecta los pulmones y dificulta la respiración. La fisioterapia puede ayudar a mejorar la función pulmonar, la capacidad de ejercicio y la calidad de vida de los pacientes con EPOC.

El objetivo principal de la fisioterapia en la EPOC es ayudar a movilizar las secreciones acumuladas en las vías respiratorias, lo cual mejora la función respiratoria y disminuye el riesgo de infecciones pulmonares.

En el siguiente trabajo se va a desarrollar de forma amplia el tratamiento desde el punto de vista fisioterapéutico, pero teniendo en cuenta también la prevención y el tratamiento médico disponible para el abordaje integral de la enfermedad.

Para ello es importante conocer y explicar la EPOC en toda su extensión, para entender las técnicas disponibles y la utilización de las mismas. Para ello se ha utilizado la bibliografía disponible sobre la enfermedad en los últimos cinco años para tener una visión más actualizada, aunque teniendo en cuenta el origen y la evolución que ha tenido a lo largo de los años.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es una enfermedad crónica y progresiva que afecta los pulmones y dificulta la respiración. Es una afección comúnmente causada por el tabaquismo a largo plazo, aunque también puede ser resultado de la exposición a sustancias irritantes del aire, como la contaminación ambiental o los productos químicos en el lugar de trabajo.

La EPOC se caracteriza por la obstrucción del flujo de aire en los pulmones, lo que dificulta la entrada y salida del aire de los mismos. Esta obstrucción es generalmente irreversible y se debe a dos trastornos principales:

- Bronquitis crónica: Se caracteriza por una inflamación de los bronquios, las vías respiratorias más grandes y principales. La inflamación crónica produce un exceso de producción de moco y estrechamiento de las vías respiratorias, lo que dificulta la respiración.
- Enfisema: Se refiere a la destrucción progresiva de los alvéolos, las pequeñas estructuras en los pulmones donde tiene lugar el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono. La destrucción de los alvéolos reduce la capacidad de los pulmones para tomar oxígeno y eliminar el dióxido de carbono.

La definición oficial de la EPOC según la Iniciativa Global para la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (GOLD) (1) es la siguiente: "La EPOC es una enfermedad prevenible y tratable, caracterizada por una limitación persistente del flujo de aire que se asocia con una respuesta inflamatoria anómala de los pulmones a partículas o gases nocivos. Esta limitación del flujo de aire no es completamente reversible y generalmente empeora progresivamente con el tiempo. La EPOC es una enfermedad común y frecuentemente subdiagnosticada que constituye una carga significativa para la salud en todo el mundo".

GOLD es una organización que colabora con expertos en salud respiratoria de todo el mundo para promover la prevención y el tratamiento adecuado de la EPOC. Su definición destaca que la EPOC es una enfermedad prevenible, tratable y caracterizada por una limitación persistente del flujo de aire. Además, subraya la importancia de la respuesta inflamatoria anómala de los pulmones a sustancias dañinas y cómo esta respuesta contribuye al desarrollo y progresión de la enfermedad. Es fundamental entender que la definición de GOLD proporciona una descripción general de la EPOC, pero el diagnóstico y tratamiento específicos deben ser realizados por profesionales de la salud.

2 Objetivos

Determinar una guía de tratamiento de fisioterapia en la enfermedad obstructiva para crear una herramienta uniforme para el manejo/gestión de los pacientes afectados por dicha patología en todas las fases de tratamiento, garantizando una guía de práctica clínica de calidad.

3 Metodología

- Se ha realizado una revisión sistemática utilizando las siguientes bases de datos:
 - Medline.
 - Scielo.
 - PEDro
 - Cochrane library.
- Se utilizaron las siguientes palabras clave utilizadas: enfermedad obstructiva crónica, fisioterapia, rehabilitación, tratamiento.
- Idiomas: Inglés y español.
- Periodo de estudio: se acotaron los estudios desde 2016 al 2023.

4 Resultados

Tras la búsqueda en las diferentes bases de datos y posterior lectura de los correspondientes artículos, se incluyeron 13 artículos que cumplían los criterios. Todos coinciden prácticamente en los objetivos a alcanzar con el tratamiento.

Los objetivos generales del tratamiento irán encaminados a: prevenir las exacerbaciones, alcanzar y mantener un control aceptable de los síntomas y reducir la obstrucción bronquial. El tratamiento consta de dos partes, por un lado, técnicas respiratorias propiamente dichas y por otro el reentrenamiento al esfuerzo mediante un programa de ejercicios. Además, siempre debemos adaptar el orden de las técnicas respiratorias a cada paciente.

Los objetivos específicos en la bronquitis crónica irán dirigidos a reducir la viscosidad de las secreciones, prevenir el acúmulo e infecciones de las mismas y relajar la musculatura accesoria inspiratoria. En el enfisema se reeducará la musculatura diafragmática y costal, reducir el volumen residual, optimizar la capacidad vital, flexibilización del tórax, prevenir el acúmulo de secreciones y reeducación al esfuerzo.

-Tratamiento en la fase aguda: irá dirigido a mejorar la ventilación y controlar la frecuencia respiratoria a través de la reeducación respiratoria, además de movi-

lizar secreciones y reducir resistencias en las vías aéreas. Por otro lado, se mantendrá la actividad de los músculos respiratorios. Para ello se utilizarán las siguientes técnicas de fisioterapia:

- REEDUCACIÓN DIAFRAGMÁTICA Y COSTAL: técnicas encaminadas a la mejora de la mecánica ventilatoria. Los objetivos irán dirigidos a aumentar la eficacia respiratoria, mejorar la relación ventilación/perfusión, reestablecer la función de los músculos respiratorios, reducir la sensación de disnea, aumentar la movilidad de la caja torácica, perfeccionar la ventilación y enseñarlos en el empleo habitual de un patrón ventilatorio eficaz, reduciendo el atrapamiento aéreo en la medida que sea posible.
- ESPIRACIÓN CON LABIOS FRUNCIDOS: consiste en realizar inspiraciones, por la nariz y espiraciones lentas, por la boca con los labios en posición de silbido.
- ESPIROMETRÍA INCENTIVADA: consiste en realizar la siguiente sucesión:
 - Inspiración profunda, lenta, diafragmática, por la nariz.
 - Apnea tele inspiratoria de 3 - 5 segundos.
 - Espiración normal, por la boca.

Esto se realiza a través de un espirómetro de incentivo, que permite al paciente ver su progresión (feedback visual). Los orientados por volumen y flujo permiten al paciente conocer y controlar, tanto el volumen de aire movilizado, como el ritmo de ejecución.

-TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN DE SECRECIONES:

- ESPIRACIÓN LENTA TOTAL CON GLOTIS ABIERTA EN DECÚBITO INFRA-LATERAL (ELTGOL): consiste en una espiración lenta y prolongada desde volumen total hasta que no sale más aire, con la glotis abierta durante toda la espiración, con el paciente tumbado en decúbito lateral con el pulmón a tratar abajo. A la vez que realiza la espiración, el fisioterapeuta realiza un empuje para comprimir más aún el pulmón..
- DRENAJE AUTÓGENO: es una técnica de respiración en tres fases. Primero se comienza inspirando poca cantidad de aire por la nariz y espirando por la boca a una velocidad lenta y controlada, echando el aire hasta el final, para el despegue de la mucosidad más profunda; se continúa inspirando mayor cantidad de aire por nariz, pero sin llegar a ser una inspiración máxima, y se espira por la boca a una velocidad intermedia sin llegar a echar todo el aire por completo, para la acumulación de secreciones desde vías de menor a mayor diámetro y por último se termina inspirando la mayor cantidad de aire por la nariz y espirando por la boca a gran velocidad. El tiempo dedicado a cada una de las fases dependerá de donde se localice la mucosidad, pasándose a la siguiente fase a medida que esta es arrastrada hacia más proximal. La duración total de la técnica dependerá de la

cantidad de secreciones, pudiendo repetirse las veces que sean necesarias.

-HIGIENE BRONQUIAL: el drenaje bronquial, también conocido como terapia de drenaje postural, es una técnica utilizada para ayudar a eliminar las secreciones y flemas acumuladas en los pulmones y las vías respiratorias en personas con enfermedades pulmonares como la EPOC. El objetivo del drenaje bronquial es facilitar la eliminación de las secreciones, mejorar la función pulmonar y prevenir complicaciones respiratorias. Existen diferentes técnicas de drenaje bronquial, y el tipo específico de técnica utilizada puede variar según las necesidades individuales y la gravedad de la enfermedad. Algunas de las técnicas comunes de drenaje bronquial incluyen:

- **Percusión manual:** El terapeuta utiliza sus manos para golpear suavemente el pecho y la espalda del paciente en áreas específicas. Esto ayuda a aflojar las secreciones y facilitar su expulsión.
- **Vibración:** El terapeuta coloca las manos sobre el pecho o la espalda del paciente y realiza movimientos rítmicos y vibratorios. Estos movimientos ayudan a desprender las secreciones y a movilizarlas hacia las vías respiratorias superiores para su eliminación.
- **Drenaje postural:** El paciente se coloca en diferentes posiciones para aprovechar la gravedad y ayudar a drenar las secreciones de los pulmones hacia las vías respiratorias superiores. Estas posiciones pueden incluir acostarse en diferentes ángulos o utilizar almohadas y cojines para elevar ciertas partes del cuerpo.
- **Técnicas de tos asistida:** El terapeuta puede enseñar al paciente técnicas de tos eficaces y ayudar a facilitar la tos para expulsar las secreciones. Esto puede incluir técnicas de respiración profunda y técnicas de espiración forzada.

-CAMA OSCILANTE o LECHO FRENOCLÍNICO: camilla que presenta dos segmentos esféricos, en lugar de patas, que permiten mecer al paciente. Se consigue un movimiento de acunamiento con el que asistir o resistir la acción del diafragma. Aplicación: tras finalizar el drenaje, se balancea al paciente sobre la camilla durante 2 - 5 minutos indicándole que espire cuando esté en posición trendelemburg e inspire cuando esté en posición antitren o semidorsal. Una vez pasado este tiempo, se bloquea la camilla en posición trendelemburg y en la espiración se aplican vibraciones. Cuando el paciente vaya a toser, se coloca la cama en posición antitren para facilitar la expectoración.

-SISTEMA PEP o PRESIÓN ESPIRATORIA POSITIVA: dispositivos de pequeño tamaño que, durante la espiración activa del paciente, ofrecen una resistencia que genera una presión positiva en la boca que se transmite a las vías aéreas. Pueden ser: sistemas de resistencia fija o continua (TheraPEP, PiPEP) o sistemas de resistencia oscilante (Flutter, Acapella y RC Cornet)

-COUGH ASSIST o MECHANICAL IN-EXSUFFLATOR: sistema de asistencia para aumentar la eficacia de la tos. La máquina es capaz de asistir tanto la fase inspiratoria (con presión positiva de 30 - 50 cm H₂O), como la espiratoria (con presión negativa de 30 - 50 cm H₂O). No se deben exceder los 50 cm H₂O de presión. Se realizan de 3 a 6 ciclos de tos (periodo máximo de 5 minutos). En cada ciclo se regulan los tiempos:

- Tiempo inspiratorio: 2 - 3 segundos.
- Pausa: 2 segundos.
- Tiempo espiratorio: 3 - 4 segundos.

VENTILACIÓN PERCUSIVA INTRAPULMONAR (IPV) o PERCUSSIONAIRE: dispositivo instrumental que facilita la desobstrucción de las vías respiratorias, a través del suministro de aerosoles y presión intratorácica de forma simultánea (suministro de pequeños volúmenes de gas a alta frecuencia, alto flujo y baja presión, de entre 5 - 35 cm H₂O), consiguiendo una vibración permanente a presión positiva. Puede usarse por nariz, boca o traqueotomía.

OXIGENOTERAPIA: administración de oxígeno gaseoso (mezcla de aire enriquecida con oxígeno) en situaciones de hipoxia para restablecer la tasa normal de oxígeno en sangre.

-Tratamiento en la fase crónica: se continuará con el tratamiento que se ha llevado a cabo en la fase aguda, además de utilizar técnicas encaminadas a mejorar la fuerza y resistencia a la fatiga, el control de la tos, el control de la respiración en la marcha, hablando, subiendo escaleras, etc..., al entrenamiento al esfuerzo y a reinsertar al paciente en las actividades de la vida diaria.

-READAPTACIÓN AL ESFUERZO: el entrenamiento muscular ayuda a mejorar la tolerancia al ejercicio físico y la resistencia a la fatiga muscular (previamente se debe realizar una evaluación de la capacidad al ejercicio mediante una prueba de esfuerzo que debe ser adecuada a cada individuo). Puede dirigirse a entrenar:

- FUERZA: Esfuerzos máximos - Tiempos cortos
- RESISTENCIA o ENDURANCE: Esfuerzos submáximos - Tiempos largos.

1-ENTRENAMIENTO GENERALIZADO: mediante tapiz rodante, bicicleta ergométrica, escaleras, etc. Unos 30 minutos al día, 3 o 4 veces / semana.

2-ENTRENAMIENTO MUSCULAR RESPIRATORIO: mediante ejercicios respiratorios con resistencias en la fase inspiratoria (con el espirómetro de incentivo o a través de ejercicios diafragmáticos resistidos).

VENTILACIÓN DIRIGIDA: procedimiento terapéutico desarrollado por M. Giménez en 1968 cuya finalidad es la automatización de la coordinación de los movimientos toracoabdominales durante la ventilación, tanto en reposo como durante el ejercicio. Más concretamente, sus objetivos son:

- Corregir los movimientos paradójicos y los asincronismos ventilatorios.
- Adquirir un patrón respiratorio abdominodiafragmático.
- Mejorar la ventilación alveolar, a través de la disminución de la frecuencia respiratoria y el aumento del volumen corriente.

Se distinguen las siguientes etapas:

- 1-Toma de conciencia respiratoria.
- 2-Práctica de la ventilación dirigida.
- 3-Control del nuevo ritmo en reposo.
- 4- Control del ritmo durante el ejercicio.

5 Discusión-Conclusión

Es crucial destacar que el tratamiento fisioterapéutico debe adaptarse a las necesidades individuales de cada paciente, ya que la EPOC puede variar en gravedad y presentación. Además, la colaboración con otros profesionales de la salud, como neumólogos y enfermeros especializados en EPOC, es fundamental para un manejo integral y efectivo de la enfermedad.

Como conclusiones sobre el impacto de la fisioterapia en esta enfermedad, se puede afirmar que:

- 1-Mejora de la Función Pulmonar: los ejercicios respiratorios y técnicas de expansión pulmonar pueden ayudar a mejorar la función pulmonar. La fisioterapia puede enseñar técnicas de respiración eficaces para maximizar la utilización de la capacidad pulmonar disponible.
- 2-Fortalecimiento Muscular: la debilidad muscular es común debido a la falta de actividad física. La fisioterapia puede incluir programas de ejercicio para fortalecer los músculos respiratorios y periféricos.
- 3-Mejora de la Tolerancia al Ejercicio: los programas de ejercicio supervisados pueden ayudar a mejorar la capacidad de ejercicio y la resistencia, lo que es fundamental para la gestión de la EPOC. La fisioterapia puede adaptar los programas de ejercicio según la capacidad individual y la progresión de la enfermedad.
- 4-Manejo de la disnea: la fisioterapia puede proporcionar estrategias para manejar la disnea durante la actividad física y las actividades diarias. Técnicas de conservación de energía y manejo de la respiración pueden ser enseñadas para mejorar la calidad de vida.
- 5- Educación del Paciente: los fisioterapeutas pueden proporcionar educación sobre la enfermedad, los factores desencadenantes y las estrategias de autocuidado. La enseñanza de técnicas de autocuidado puede ayudar a los pacientes a gestionar los síntomas y prevenir exacerbaciones.

6-Manejo de las Exacerbaciones: en situaciones de exacerbación aguda, la fisioterapia puede ser parte integral del equipo de atención para ayudar a mejorar la ventilación y la oxigenación.

7- Apoyo Psicológico: la fisioterapia puede desempeñar un papel en el apoyo psicológico al proporcionar motivación y apoyo emocional para enfrentar los desafíos asociados con la EPOC.

En definitiva, los programas de rehabilitación pulmonar son esenciales para mejorar la calidad de vida y la capacidad funcional en personas con EPOC.

6 Bibliografía

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (2022 Report). [Internet]. 2022 [citado el 6 de junio de 2023]. Disponible en: <http://goldcopd.org/gold-reports/>
2. Martínez CH, Raby BA, Celli BR. Pathogenesis and Genetics of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. In: Wouters EFM, Vestbo J, editors. Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.; 2020. p. 23-42.
3. Bourbeau J, Doiron D, Biswas S, Smith BM, Benedetti A, Brook JR, et al. Ambient air pollution and dysanapsis: associations with lung function and chronic obstructive pulmonary disease in the Canadian Cohort Obstructive Lung Disease Study. *Am J Respir Crit Care Med*. 2022;206:44–55.
4. Yang IA, Jenkins CR, Salvi SS. Chronic obstructive pulmonary disease in never-smokers: risk factors, pathogenesis, and implications for prevention and treatment. *Lancet Respir Med*. 2022;10:497-511.
5. Wang Z, Bafadhel M, Haldar K, Spivak A, Mayhew D, Miller BE, et al. Lung microbiome dynamics in COPD exacerbations. *Eur Respir J*. 2016;47(4):1082-92.
6. Viniol C, Vogelmeier CF. Exacerbations of COPD. *Eur Respir Rev*. 2018;27(147):170103.
7. Quinto Rivera, J. L., & Valle Morante, Á. R. (2019). Fisioterapia respiratoria y su relación con la epoc en adultos mayores del IESS, mayo-septiembre 2019 (Bachelor's thesis, Babahoyo: UTB-FCS, 2019).
8. Serpa-Anaya DC, Hoyos-Quintero AM, Hernandez NL. La adherencia a los tratamientos de rehabilitación pulmonar: revisión exploratoria. *Rehabilitacion* 2021; 55: 138-152.

9. Blázquez Moreno C, Colungo Francia C, Alvira Balada MC, Kostov B, González-de Paz L, Sisó-Almirall A. Efectividad de un programa educativo de rehabilitación respiratoria en atención primaria para mejorar la calidad de vida, la sintomatología y el riesgo clínico de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Aten Primaria* 2018; 50: 539-546.
10. Celli B, Fabbri L, Criner G, Martinez FJ, Mannino D, Vogelmeier C, et al. Definition and nomenclature of chronic obstructive pulmonary disease: time for its revision. *Am J Respir Crit Care Med*. 2022;206:1317–25.
11. Agustí A, Melén E, DeMeo DL, Breyer-Kohansal R, Faner R. Pathogenesis of chronic obstructive pulmonary disease: understanding the contributions of gene– environment interactions across the lifespan. *Lancet Respir Med*.2022;10:512–24.
12. Ramírez-Venegas A, Montiel-Lopez F, Falfan-Valencia R, Pérez-Rubio G, Sansores RH. The “slow horse racing effect” on lung function in adult life in chronic obstructive pulmonary disease associated to biomass exposure. *Front Med(Lausanne)*.2021;8:700836.
13. López-Campos JL, Hartl S, Pozo-Rodriguez F, et al. Antibiotic prescription patterns in outpatients with exacerbations of COPD in Latin America: The PLATINO study. *Arch Bronconeumol*. 2020;56(7):419-425.

Capítulo 328

TRATAMIENTO CONSERVADOR FISIOTERÁPICO VS TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN ROTURAS MENISCALES DEGENERATIVAS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

LAURA DE PABLO MARTÍNEZ

SERGIO MARTÍNEZ GARCÍA

JORGE MARTÍN DÍAZ-GUERRA

MARIO GARCÍA MARTÍN

CARLOS GÓMEZ DE OLMEDO CORONA

1 Introducción

La rotura de menisco, también conocida como desgarró, es una patología frecuente entre la gente de mediana edad, que suele precisar tratamiento de fisioterapia para su recuperación, debido a que existe un alto riesgo de recaída y a que provoca consecuencias negativas en lo que a funcionalidad y mecánica articular se refiere.

Cualquier alteración en el menisco, bien sea aguda o bien degenerativa, repercute biomecánicamente en el resto de articulaciones del miembro inferior, siendo el aumento de osteoartritis de rodilla la patología asociada más común.

Los meniscos son unas estructuras fibrocartilaginosas interpuestas entre los cóndilos femorales y las glenoides tibiales.

Están formados por fibrocondroblastos y estabilizados en una matriz extracelular compuesta por agua (75%) y materia sólida (25%), esta última a compuesta por colágeno (fundamentalmente de tipo I), proteoglicanos y proteínas no colágenas. Las fibras de colágeno están distribuidas de forma longitudinal para absorber las fuerzas de compresión que se generan en la rodilla, además poseen también fibras radiales que aumentan la resistencia del tejido.

Esta morfología les convierte en elementos esenciales para aumentar la congruencia entre las superficies femorales y las tibiales, contribuyendo en gran medida a la distribución de las cargas y brindando una mayor estabilidad a la articulación.

2 Objetivos

Analizar la evidencia científica disponible sobre de la eficacia de las técnicas de fisioterapia empleadas en el tratamiento conservador de pacientes con rotura meniscal en comparación con el tratamiento quirúrgico.

3 Metodología

Para realizar este artículo se ha realizado una revisión bibliográfica realizada en las principales bases de datos de ámbito sanitario PubMed, PEDro, Google académico, usando artículos en español e inglés, publicados en los últimos diez años. Se han usado las siguientes palabras clave: menisco, rodilla, tratamiento conservador, fisioterapia.

4 Resultados

Los autores coinciden en que debería precisarse más el diagnóstico de desgarró/rotura y tener en cuenta otros factores como la existencia de osteoartritis o los aspectos psicológicos, antes de decantarse por una cirugía.

Para el diagnóstico lo primero que se utiliza son los test ortopédicos, que carecen de especificidad demostrada para hacer un buen diagnóstico diferencial, para después pasar a pruebas de imagen como la resonancia magnética.

Se coincide en que no se debería indicar la cirugía en pacientes con osteoartritis moderada y no está demostrado en qué tipo de desgarró la reparación tendrá más probabilidad de éxito.

Las indicaciones de tratamiento conservador en las que coinciden los distintos autores son: una lesión meniscal están limitadas a roturas parciales o total estables (generalmente de entre 5-8mm de longitud y con desplazamiento menor a 3mm), sin otra patología concomitante.

Cuando se trata de roturas meniscales producidas por desgaste, es decir roturas degenerativas, el tratamiento conservador donde se une el tratamiento farmacológico y el tratamiento fisioterápico, se muestra igual de eficaz que el tratamiento quirúrgico.

En los estudios se manifiesta que la menisectomía parcial mediante artroscopia produce un gran efecto placebo en el paciente.

En los últimos años hay una tendencia creciente a usar el tratamiento conservador por parte de los traumatólogos con el fin de tratar de evitar el gran número de artroscopias de rodillas realizado.

El tratamiento fisioterápico conservador es más rentable en términos económicos que el tratamiento quirúrgico, siendo menores los gastos tanto para el paciente como para el sistema de salud.

El tratamiento conservador mediante la fisioterapia consigue mejorar el balance muscular del miembro afecto.

Los protocolos de fisioterapia que incluyen ejercicios cardiovasculares, neuromusculares, de coordinación/equilibrio y de fortalecimiento muscular utilizados en los estudios resultan eficaces para la rehabilitación de los pacientes diagnosticados de rotura meniscal.

5 Discusión-Conclusión

En los estudios revisados se evidencia que el tratamiento conservador, basado fundamentalmente en la fisioterapia, se muestra igual de eficaz que el tratamiento quirúrgico en roturas meniscales degenerativas.

Debido a que no hay evidencia que apoye el tratamiento mediante cirugía de los desgarros de menisco degenerativos a pesar del gran número de menisectomías parciales con artroscopia que se realizan, y que la sintomatología de los pacientes en muchos casos no se relacionan con un desgarro, se debería poner en valor el tratamiento basado en el ejercicio.

Es necesaria más investigación para poder tener más y mejores evidencias en este tema.

6 Bibliografía

1. Vallejos Diaz, Ioan. "Tratamiento Fisioterapéutico En Meniscopatía." (2021).
2. Prati, Filippo, Et Al. "Fisioterapia Versus Chirurgia Nelle Lesioni Meniscali In Ginocchio Artrosico: Studio Pilota Controllato Non Randomizzato." *Scienza Riabilitativa* 19.4 (2017).
3. Katz JN, Brophy RH, Chaisson CE, Et Al. Surgery Versus Physical Therapy For A Meniscal Tear And Osteoarthritis. *N Engl J Med* 2013;368:1675-1684.
4. Petersen W, Achtnich A, Lattermann C, Kopf S. The Treatment of Non-Traumatic Meniscus Lesions. *Dtsch Arztebl Int.* octubre de 2015;112(42):705-13.
5. Noorduyn JCA, Teuwen MMH, van de Graaf VA, Willigenburg NW, Schavemaker M, van Dijk R, et al. In patients eligible for meniscal surgery who first receive physical therapy, multivariable prognostic models cannot predict who will eventually undergo surgery. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc Off J ESSKA.* 7 de febrero de 2021
6. Kise NJ, Roos EM, Stensrud S, Engebretsen L, Risberg MA. The 6-m timed hop test is a prognostic factor for outcomes in patients with meniscal tears treated with exercise therapy or arthroscopic partial meniscectomy: a secondary, exploratory analysis of the Odense-Oslo meniscectomy versus exercise (OMEX) trial. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc Off J ESSKA.* agosto de 2019;27(8):2478-87
7. Pan H, Zhang P, Zhang Z, Yang Q. Arthroscopic partial meniscectomy combined with medical exercise therapy versus isolated medical exercise therapy for degenerative meniscal tear: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Surg Lond Engl.* julio de 2020;79:222-32.
8. Swart NM, van Oudenaarde K, Reijnierse M, Nelissen RGHH, Verhaar J a. N, Bierma-Zeinstra SMA, et al. Effectiveness of exercise therapy for meniscal lesions in adults: A systematic review and meta-analysis. *J Sci Med Sport.* diciembre de 2016;19(12):990-8.

Capítulo 329

REALIDAD VIRTUAL EN LA REHABILITACIÓN FISIOTERÁPICA DE PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

BLANCA ESTHER HERRERA CÁRDENAS

MARINA LEYVA ALARCÓN

JOSE ALEXANDER MARTINEZ MARTINEZ

MARTA BAYO AGUSTÍN

1 Introducción

Se entiende por realidad virtual “la representación de escenas o imágenes de objetos producida por un sistema informático, que da la sensación de su existencia real”, según la definición de la Real Academia Española (1).

Existen dos tipos de realidad virtual. Por un lado, tenemos la realidad virtual no inmersiva, que es aquella en la que el usuario actúa como un espectador delante de una pantalla. Por otro lado, contamos con la modalidad inmersiva, en la que el espectador se sumerge gracias al uso de dispositivos como auriculares, gafas de realidad virtual o guantes específicos con unos cables que permiten la transmisión de información háptica, en un mundo virtual que le permite interactuar de manera más sencilla con los elementos representados (1).

Un accidente cerebrovascular, también conocido como ictus, comprende cualquier tipo de trastorno en la circulación de sangre en el cerebro. Aunque la mortalidad asociada al ictus ha disminuido bastante, supone la principal causa de discapacidad en adultos (2) y trae una serie de secuelas para aquellos pacientes que lo padecen, tales como dificultad para moverse, pensar o sentir, de manera que actividades como conducir, escribir o caminar pueden suponer un auténtico reto. Es aquí donde cobra importancia el uso de la realidad virtual en esta patología, ofreciendo ventajas como la disponibilidad de entornos que en un hospital no se encuentran, así como la motivación que puede suponer para el paciente un tipo de terapia que se entiende como un videojuego y que no es tan repetitivo como las terapias convencionales, permitiéndole a su vez pasar más tiempo realizando la rehabilitación y variando entre distintos grados de dificultad y exigencia (1). También cabe destacar su adaptabilidad específica en función de las necesidades del usuario, pudiendo recrear escenas concretas tales como cortar un alimento, abrir una puerta o recuperar la marcha (2).

Con este tipo de intervención, el usuario consigue verse a sí mismo o a partes concretas de su cuerpo, interactuando con el entorno, de manera que se produce una activación de las neuronas espejo que genera estimulación de la corteza motora, como si la misma persona estuviese realizando realmente la acción (1).

2 Objetivos

- Conocer las ventajas de la neurorrehabilitación basada en la realidad virtual.
- Conocer la eficacia que supone la terapia con realidad virtual para pacientes que han sufrido accidente cerebrovascular.

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, Scielo y Google académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Se han utilizado las palabras clave en español “realidad virtual”, “rehabilitación” y “ictus” y en inglés “virtual reality”, “rehabilitation” y “stroke”. También se han utilizado los operadores booleanos AND y OR.

4 Resultados

En cuanto a cadencia, longitud y velocidad de los pasos, se han obtenido hallazgos tanto positivos como negativos, por lo que no hay un resultado significativo a favor del uso de la realidad virtual para la mejora de estos parámetros (3). Se han hallado beneficios respecto al uso de la realidad virtual para la mejora funcional de miembro superior y de actividades cotidianas cuando se utiliza en conjunto con la rehabilitación habitual, ya que aumenta el tiempo de tratamiento. En cambio, no se ha demostrado que por sí sola sea mejor que la terapia convencional (1). Tampoco se ha evidenciado de manera significativa que la realidad virtual mejore las capacidades de marcha (3) (1), equilibrio, o calidad de vida (1).

En un estudio se ha demostrado que esta terapia puede mejorar la capacidad motora, cognitiva y psicológica cuando se utiliza como un complemento a la terapia convencional. En otro estudio, se demuestra como la realidad virtual es clave para la superación de la disociación automática voluntaria (que solo se podía conseguir a través de la activación de la función inconsciente) por parte de un paciente con apraxia, el cual utiliza esta terapia y continúa con terapia convencional. Parte del éxito de la terapia resultó en su componente motivacional frente a los métodos tradicionales (1).

De otros estudios sí que obtenemos hallazgos en cuanto a la mejora del equilibrio (2) (3) y el balanceo postural, la función motora de miembro superior, la marcha, el paso y la zancada(2). Además, se encuentran beneficios para la disminución del riesgo de caídas. Sin embargo, pese a haber resultados favorables en el mantenimiento de la estabilidad (máxima distancia capaz de deambular con brazos extendidos), estos resultados no son concluyentes (3).

Al igual que se ha comentado unos párrafos arriba, se repite la misma circunstancia en cuanto a cadencia, longitud y velocidad de los pasos, pues se han obtenido hallazgos tanto positivos como negativos, por lo que no hay un resultado significativo a favor del uso de la realidad virtual (3).

5 Discusión-Conclusión

Tras el análisis de estos estudios no hay gran unanimidad en cuanto a los resultados, ya que unos encuentran evidencia en torno al equilibrio y la marcha, otros no... probablemente esto se deba a la poca especificidad de los estudios y su calidad metodológica, pues no se distingue en que estadio de la enfermedad

se encuentra el sujeto, si se encuentra en fase aguda o no. El tipo de dispositivo utilizado tampoco es unánime y las muestras de sujetos no son muy grandes.

Lo que sí es común a todos los estudios es la ventaja que proporciona la rehabilitación con realidad virtual en cuanto al componente repetitivo, que supone mejoras en la neuroplasticidad del paciente. Además del componente novedoso y motivacional, factor muy importante en esta patología neurológica, debido al componente psicológico que conlleva ante la impotencia de realizar muchas funciones que previamente al accidente cerebrovascular no suponían ningún desafío, encontrando quizás, en esta terapia una manera de distracción y de nuevas posibilidades a la vez que estimulamos áreas del cerebro durante más tiempo del que conseguimos con la rehabilitación clásica. Proporcionando además varios niveles de dificultad, una retroalimentación aumentada y experiencias inmersivas y atractivas.

De manera que la realidad virtual, pese a no suponer un método superior a los demás en cuanto a beneficios, sí que se posiciona por encima del resto en cuanto a la facilidad con la que el paciente realiza la terapia y podría resultar interesante su uso, siempre combinando con el resto de técnicas convencionales.

6 Bibliografía

1. Gil Pardos B, Berges Borque L, Marzal Rubio Á, Blázquez Rubio M, Andrés Martínez AI, Martínez Santamaría E. Revista Sanitaria de Investigación. Realidad virtual en rehabilitación de patología neurológica [Internet]. 2021 Oct 29 [cited 2023 Sep 28]; Available from: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/realidad-virtual-en-rehabilitacion-de-patologia-neurolologica/>
2. Montalbán MA, Arrogante O, Montalbán MA, Arrogante O. Rehabilitation through virtual reality therapy after a stroke: A literature review [Internet]. 2020. Available from: www.elsevier.es/rcsedene
3. Domínguez-Téllez P, Moral-Muñoz JA, Casado-Fernández E, Salazar A, Lucena-Antón D. Effects of virtual reality on balance and gait in stroke: A systematic review and meta-analysis. Vol. 69, Revista de Neurología. Revista de Neurología; 2019. p. 223–34.

Capítulo 330

FISIOTERAPIA EN EL POSTOPERATORIO HOSPITALARIO TRAS CIRUGÍA DE ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA

SANDRA FERRER MARÍN

1 Introducción

La articulación de la cadera es una unión sinovial entre la porción libre del miembro inferior al cinturón pelviano, entre los huesos fémur y el coxal. Las superficies articulares se mantienen en contacto por medios de unión que garantizan la estabilidad articular. Estos están representados por la cápsula articular, la membrana sinovial y los ligamentos que las refuerzan. (1)

La osteoartritis es una de las principales causas de dolor, discapacidad y uso de recursos sanitarios en todo el mundo. Si bien la enfermedad puede afectar cualquier articulación, la cadera se encuentra entre los sitios más comunes. (2)

Como procedimiento de elección en los casos de falta de respuesta a los tratamientos clínicos, la artroplastia total de cadera es el procedimiento más común y óptimo para estos pacientes. (3)

La artroplastia total de cadera consiste en dos piezas de material de síntesis, compuestas por una cúpula pélvica y un elemento cervicocefálico, que sustituyen la cabeza y el cuello del fémur, que son seccionados.

Existen diversos métodos de prótesis: la de Mac Kee Farrar, con una cúpula y una cabeza de vitalium, de 41 mm de diámetro; la de Charnley, elaborada con

polietileno irradiado para la cabeza, de 22 mm de diámetro, y el cotilo, elaborado con una pieza de acero inoxidable, con bajo coeficiente de fricción; y también la prótesis de Judet, Muller y Merle d'Aubigne.

Un cemento, de tipo Palacos, reabsorbible, fija los elementos. (4)

A pesar de los excelentes resultados, la cirugía tiene una rehabilitación prolongada. Estos hechos pueden provocar un aumento de la estancia hospitalaria, trayendo complicaciones clínicas al paciente. (3)

La atención postoperatoria de los pacientes con artroplastia total de cadera generalmente se considera eficaz para reducir la intensidad del dolor y la discapacidad. (2)

2 Objetivos

Exponer cuestiones básicas de la fisioterapia aplicada a los pacientes con artroplastia total de cadera.

3 Caso clínico

Mujer de 71 años de edad, hospitalizada tras haber sido intervenida quirúrgicamente mediante una incisión posterolateral de una artroplastia total de cadera izquierda, programada, a causa de osteoartritis.

Antecedentes médicos: diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial, fractura de húmero izquierdo hace seis años tratada de modo conservador.

La intervención quirúrgica se ha llevado a cabo sin complicaciones, resultando exitosa.

Cabe mencionar que durante su ingreso hospitalario previo al procedimiento quirúrgico, la fisioterapeuta estableció contacto con la paciente, para:

- Realizar una evaluación del estado funcional
- Empezar el entrenamiento de la marcha con aparatos de ayuda que se usarán después de la cirugía para prevenir los efectos contraproducentes del reposo en cama, como complicaciones pulmonares y vasculares.
- Enseñarle las precauciones básicas para la movilización precoz en la cama, de modo que la paciente evite la flexión y aducción excesivas de la cadera operada después de la operación.
- Enseñarle ejercicios de respiración y ejercicios de tos que se iniciarán directamente después de la operación para prevenir complicaciones pulmonares.

- Enseñarle los ejercicios de efecto de bombeo de la musculatura del tobillo para reducir el riesgo de trombosis venosa profunda o embolia pulmonar. (5)

Desde el servicio de fisioterapia acudimos a valorarla tras 24 horas de postoperatorio.

Exploración clínica:

La paciente se encuentra encamada.

En reposo, refiere un dolor de 2/10 en la escala EVA (dolor leve).

Presenta hematoma en el muslo izquierdo.

La cicatriz la lleva cubierta con un apósito, ya que se le están realizando las curas por parte del equipo de enfermería.

En cuanto a la movilidad articular de la cadera intervenida, presenta limitación articular en el movimiento de abducción (20°).

Refiere un dolor de 7/10 en la escala EVA (dolor moderado) durante el movimiento de abducción de cadera.

En cuanto al balance muscular valorado con la Escala de Daniels, es capaz de activar psoas iliaco 2/5, cuádriceps 3/5, glúteo medio 2/5 y dorsiflexores de tobillo 4/5.

Tratamiento:

El plan de tratamiento consta de tres días (protocolo de duración de la hospitalización, siempre y cuando no existan más complicaciones y se prolongue la estancia hospitalaria), una sesión diaria de 45 minutos de duración aproximadamente.

Dicho tratamiento consistirá en:

- Crioterapia inicial
- Drenaje linfático manual del miembro intervenido
- Enseñar cambios posturales para evitar la aparición de úlceras por presión durante el encamamiento
- Enseñanza de tratamiento postural para evitar las rotaciones de cadera y la posible luxación de la artroplastia. Indicarle a la paciente que, en decúbito supino, debe permanecer en una posición de ligera abducción y rotación neutra. (5)
- Fisioterapia respiratoria: ejercicios de respiración profunda y tos.
- Para mantener la movilidad articular, se inicia la cinesiterapia activa o activa-asistida de la cadera operada dentro de la amplitud protegida mientras la paciente está tumbada en decúbito supino. (5)
- Potenciación muscular de cuádriceps izquierdo, mediante los siguientes ejercicios: isométrico de cuádriceps, indoloros, de baja intensidad (colocando una al-

mohada debajo del hueco poplíteo e indicando al paciente que la presionase hacia abajo), isotónico de cuádriceps (colocando una cuña debajo del hueco poplíteo y pidiéndole al paciente que extendiese la rodilla elevando el pie, sin modificar la flexión de la cadera)

- Potenciación muscular de abductores y aductores de cadera, tanto con ayuda de pelotas de goma-espuma como con ayuda externa manual
- Potenciación muscular de glúteos mayores, mediante el ejercicio de puente glúteo.
- Potenciación muscular de ambos miembros superiores y del miembro inferior contralateral, con la ayuda de therabands
- Enseñanza de transferencias
- Sedestación en silla alta
- Bipedestación con ayuda de andador y ejercicios de marcha estática
- Ejercicios de equilibrio estático durante la bipedestación
- Deambulación con ayuda de andador
- Crioterapia al finalizar la sesión
- Instrucciones sobre las precauciones a tener en cuenta:

☒ En este caso, se ha practicado una incisión posterolateral, por lo que debe evitarse la flexión y aducción excesivas de cadera pasado el punto neutro. Durante los primeros días después de la operación, se evita la flexión de la cadera por encima de los 45° y la aducción más allá de la posición neutra durante las movilizaciones y actividades de la vida diaria. De 2 a 3 semanas después de la operación, el paciente puede ser capaz de flexionar la cadera hasta 90° (5)

☒ Evitar sentarse en sillas bajas y blandas (5)

☒ Utilizar elevadores en el inodoro (5)

☒ No cruzar las piernas (5)

Es muy importante explicarle a la paciente la importancia de la realización de los ejercicios, indicándole que debe realizarlos varias veces al día.

Tras las tres sesiones de fisioterapia, la paciente refiere eliminación del dolor en reposo (EVA 0/10) y disminución del dolor durante las movilizaciones (EVA 3/10). También cabe mencionar que la movilidad articular ha aumentado, presentando actualmente una abducción de cadera de 35°.

El balance muscular también ha mejorado, siendo capaz de activar psoas iliaco 3/5, cuádriceps 4/5, glúteo medio 3/5 y dorsiflexores de tobillo 4+/5.

En cuanto a la funcionalidad, la paciente ha logrado deambular con el andador por la habitación, incluso por el pasillo del hospital, lo que le ha proporcionado mayor independencia.

4 Discusión-Conclusión

Con este caso clínico podemos confirmar que, una rehabilitación precoz iniciada en el postoperatorio inmediato tras una intervención quirúrgica de artroplastia total de cadera, acelera la recuperación, mejorando el recorrido articular, el balance muscular, consiguiendo la deambulaci3n y, por tanto, la independencia del paciente.

No obstante, cabe mencionar que habr3 que considerar si el/la paciente presenta otras patologías asociadas para adaptar los ejercicios de rehabilitaci3n, así como los objetivos.

Aun así, se considera de vital importancia iniciar la rehabilitaci3n transcurridas 24 horas del procedimiento quirúrgico para garantizar unos resultados satisfactorios, siempre y cuando no existan contraindicaciones médicas que la desacrediten.

5 Bibliografía

1. Bahr Ulloa S, Ponce de León Narváez R, Guisado Zamora K, Melis Santana JA. Anatomía articular y parámetros radiográficos de la cadera como factor de riesgo de fractura: una mirada actualizada. *Revista cubana de ortopedia y traumatología*. 2020; 34(2):e290.
2. Saueressig T, J Owen P, Zebish J, Herbst M, L Belavy D. Evaluation of exercise interventions and outcomes after hip arthroplasty: a systematic review and meta-analysis. *Jama Newt Open* 2021 Feb 1;4(2):e210254.
3. Elizabeth Marchisio A, Aguiar Ribeiro T, Sant'Anna Umpierres C, Galvao L, Rosito R, De Souza Macedo CA, Roberto Galia C. Accelerated rehabilitation versus conventional rehabilitation in total hip arthroplasty (ARTHA): a randomized double blinded clinical trial. DOI: 10.1590/0100-6991e-20202548.
4. Sohier R, Company M. Fisioterapia analítica en la articulaci3n de la cadera, bases, técnicas y tratamientos diferenciales. Madrid: Médica Panamericana; 2009.
5. Kisner C, Allen Colby L. Ejercicio terapéutico. 1a ed., Barcelona: Paidotribo; 1996.

Capítulo 331

ESCUELA DE ESPALDA COMO TRATAMIENTO PARA EL DOLOR LUMBAR

ELENA RAMÍREZ DE ARELLANO PORTUGUÉS

DIEGO MEDINA CRESPO

JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ-VALDEPEÑAS FERNÁNDEZ

1 Introducción

El dolor lumbar es un síntoma muy común que sufre una gran parte de la población adulta, entre el 60 y el 90% de los adultos manifiesta haber sentido dolor lumbar en algún momento de su vida, con una prevalencia del 20 al 30%.

Las personas que sufren dolor lumbar con frecuencia ven su calidad de vida mermada. El impacto del dolor lumbar crónico incluye otros síntomas como pérdida de masa muscular y ganancia de peso (derivadas de los periodos de reposo), síntomas psicológicos (estrés, angustia, depresión), y deterioro de la función social (causa más común de limitación de las actividades en personas menores de 45 años).

La escuela de espalda es un tipo de tratamiento, normalmente realizado en grupo, que combina educación para la salud con ejercicio terapéutico. Esto es, información sobre su tipo de dolor, características, cómo afrontarlo en el día a día y ejercicios específicos para la zona.

Una de las cosas que se buscan con este tratamiento, aparte de reducir el dolor, es cambiar la actitud de los pacientes ante el dolor y su forma de afrontarlo. Es,

por tanto, un tratamiento multidisciplinar que engloba a varios parámetros del dolor, no solo el físico.

A continuación, veremos qué efecto tiene realmente los protocolos de escuela de espalda en el tratamiento del dolor lumbar y si es una opción válida de tratamiento.

2 Objetivos

- Comprobar la eficacia de los protocolos de escuela de espalda en el tratamiento del dolor lumbar
- Analizar si es un tratamiento adecuado en el marco de la fisioterapia

3 Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Medline, Cochrane Library, PEDro y Cinhal.

Se han introducido los términos “back school program”, “back school”, “back education program”, “low back pain” y “lumbar pain” tanto en inglés como en español.

Tras filtrar los resultados se incluyen en esta revisión 4 ensayos clínicos y 2 revisiones sistemáticas para su análisis.

4 Resultados

En general, los resultados de los artículos seleccionados son dispares, de evidencia limitada y baja calidad metodológica

Uno de los hándicaps a la hora de analizar los resultados es la variabilidad de protocolos llevados a cabo que se engloban en el concepto de “escuela de espalda”. La mayoría tienen una duración variable entre 2 y 6 semanas, pero el periodo de seguimiento es en el que más diferencias hay, desde los que siguen solo hasta los 3 meses hasta los que realizan un seguimiento hasta los 12 meses.

Aquellos que buscan resultados a largo plazo y mantienen el seguimiento hasta los 12 meses han logrado encontrar mejoras significativas en la calidad de vida de los pacientes, siempre recalando lo importante que es asegurarse de que los pacientes incluyen los ejercicios aprendidos en su rutina diaria; y es que uno de los principales problemas que tienen las escuelas de espalda es el abandono del tratamiento una vez termina la primera fase de aprendizaje.

Otro estudio hizo una relación interesante entre el nivel de carga de trabajo y la efectividad de su protocolo: los pacientes con trabajos manuales más intensos, que levantan cargas pesadas a diario tenían lesiones lumbares más severas y, cuanto más severas eran las lesiones, peores resultados obtenían con este tratamiento. Nos indican que encontraron un descenso del dolor del 23% en la escala EVA tras terminar el protocolo de escuela de espalda, pero recalando que los mejores resultados los habían obtenido los pacientes con lesiones menos severas o trabajos menos demandantes, por lo que se podría decir que no es un protocolo adecuado cuando el dolor lumbar va a acompañado de lesiones de mayor gravedad.

Un parámetro que se repite en más de un estudio es la reducción de la toma de antiinflamatorios y analgésicos. A pesar de que no siempre consiguieron mejorar la percepción del dolor en los pacientes, que puedan mantener los mismos niveles de dolor sin tomar medicación sí que nos puede llegar a sugerir una efectividad del tratamiento.

Los pocos estudios que consiguen reducir el dolor o mejorar la calidad de vida lo hacen de forma ligera, clínicamente poco significativa.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha comentado anteriormente, la evidencia de la efectividad de los protocolos de escuela de espalda es bastante diversa, contradictoria y de baja evidencia científica. Según el meta-análisis revisado, no tiene mayor eficacia que otros tratamientos clínicos como terapia manual, o incluso otros protocolos basados en el ejercicio terapéutico como el método pilates.

Podemos concluir que no hay suficiente justificación para sustituir un tratamiento de fisioterapia convencional por un protocolo de escuela de espalda en la práctica clínica.

En el futuro, para poder llevar a cabo escuelas de espalda actualizadas que corrijan estos problemas, sería interesante realizar protocolos más específicos, y no englobar a los pacientes cuyo dolor dura más de 6 meses como simple “dolor lumbar crónico”, ya que esta nomenclatura engloba varias etiologías muy diferentes y que deberían tener un abordaje más específico.

6 Bibliografía

- Claiborne N, Vandenburg H, Krause TM, et al. Measuring quality of life changes in individuals with chronic low back conditions: a back education pro-

gram evaluation. *Eval Program Plann* 2002;25:61–70.

- Gómez Vega, J. C., & Acevedo-González, J. C. (2019). Escala de diagnóstico clínico para dolor lumbar de origen facetario: revisión sistemática de la literatura y estudio piloto. *Neurocirugía*, 30(3), 133–143. <https://doi.org/10.1016/j.neucir.2018.05.004>
- Knezevic, N. N., Candido, K. D., Vlaeyen, J. W. S., Van Zundert, J., & Cohen, S. P. (2021). Low back pain. *Lancet* (London, England), 398(10294), 78–92. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00733-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00733-9)
- Garcia-Arenas, J. L., Rubio-Fernandez, M. D., Martinez-Mir, I., & Rubio-Gomis, E. (2019). Estudio de la relación entre adherencia a la Escuela de la Espalda y afrontamiento del dolor en pacientes con lumbalgia crónica. *Rehabilitacion*, 53(2), 70–77. <https://doi.org/10.1016/j.rh.2018.11.003>
- Airaksinen, O., Brox, J. I., Cedraschi, C., Hildebrandt, J., Klaber-Moffett, J., Kovacs, F., Mannion, A. F., Reis, S., Staal, J. B., Ursin, H., Zanoli, G., & COST B13 Working Group on Guidelines for Chronic Low Back Pain (2006). Chapter 4. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *European spine journal : official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society*, 15 Suppl 2(Suppl 2), S192–S300. <https://doi.org/10.1007/s00586-006-1072-1>
- Ribeiro, L. H., Jennings, F., Jones, A., Furtado, R., & Natour, J. (2008). Effectiveness of a back school program in low back pain. *Clinical and experimental rheumatology*, 26(1), 81–88.
- Tavafian, S. S., Jamshidi, A. R., & Montazeri, A. (2008). A randomized study of back school in women with chronic low back pain: quality of life at three, six, and twelve months follow-up. *Spine*, 33(15), 1617–1621. <https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e31817bd31c>
- Ibrahim, M. I., Zubair, I. U., Shafei, M. N., Ahmad, M. I., & Yaacob, N. M. (2020). Interactive Low Back Pain Intervention Module Based on the Back School Program: A Cluster-Randomized Experimental Study Evaluating Its Effectiveness among Nurses in Public Hospitals. *International journal of environmental research and public health*, 17(16), 5916. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165916>
- Lorenzo, M. A., Cáceres, M. L., Sánchez, M. D., Page, A., & Santos, P. (2011). Eficacia de un programa de escuela de espalda. Análisis de factores asociados a la actividad laboral de los participantes. *Rehabilitación*, 45(3), 233–239. [doi:10.1016/j.rh.2011.04.005](https://doi.org/10.1016/j.rh.2011.04.005)
- Parreira P, Heymans MW, van Tulder MW, Esmail R, Koes BW, Poquet N, Lin CWC, Maher CG. Back Schools for chronic non-specific low back pain.

Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 8. Art. No.: CD011674. DOI: 10.1002/14651858.CD011674.pub2. Accessed 04 October 2023.

- Poquet N, Lin CWC, Heymans MW, van Tulder MW, Esmail R, Koes BW, Maher CG. Back schools for acute and subacute non-specific low-back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 4. Art. No.: CD008325. DOI: 10.1002/14651858.CD008325.pub2. Accessed 04 October 2023

Capítulo 332

FISIOTERAPIA EN EL ENFISEMA PULMONAR

AVELINA CUBILLO DE LA CRUZ

JUDIT GALDÓN MÁRQUEZ

PEDRO MANUEL MATEOS APARICIO LÓPEZ MILLA

GLORIA OTERO CORTIJO

1 Introducción

El enfisema pulmonar es una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) que afecta los pulmones y, en particular, los sacos de aire o alvéolos. Esta afección se caracteriza por la destrucción gradual de los alvéolos, lo que conduce a la pérdida de elasticidad pulmonar y dificulta la respiración.

El principal factor de riesgo para el enfisema es el tabaquismo. La inhalación constante de productos químicos tóxicos del humo del tabaco daña los tejidos pulmonares y provoca inflamación crónica. Además del tabaquismo, la exposición a la contaminación del aire, la exposición laboral a sustancias tóxicas y la deficiencia genética de una enzima llamada alfa-1 antitripsina también pueden contribuir al desarrollo del enfisema.

Los síntomas del enfisema incluyen dificultad para respirar, tos crónica, producción de esputo, fatiga y limitación en la capacidad de realizar actividades físicas. La enfermedad tiende a progresar con el tiempo y puede llevar a una calidad de vida disminuida.

El tratamiento del enfisema se centra en aliviar los síntomas y ralentizar su progresión. Esto puede incluir el cese del tabaquismo, el uso de broncodilatadores y esteroides inhalados, y programas de rehabilitación pulmonar para mejorar la resistencia y la capacidad de ejercicio. En casos graves, la cirugía de reducción de volumen pulmonar o el trasplante de pulmón pueden ser opciones.

La prevención es fundamental, y evitar el tabaquismo y la exposición a factores ambientales dañinos es la mejor estrategia para reducir el riesgo de desarrollar enfisema pulmonar. La conciencia temprana de los síntomas y la búsqueda de atención médica son importantes para el diagnóstico y el tratamiento oportunos.

2 Objetivos

Describir la utilidad e importancia de la fisioterapia en el enfisema pulmonar.

3 Metodología

Para 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 fisioterapia desempeña un papel significativo en el manejo del enfisema pulmonar, una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) que afecta la función respiratoria. Si bien el enfisema es una afección pulmonar crónica irreversible, la fisioterapia puede ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes al abordar varios aspectos de la enfermedad.

Uno de los objetivos clave de la fisioterapia en el enfisema es mejorar la capacidad pulmonar y la función respiratoria. Los fisioterapeutas enseñan técnicas de respiración, como la respiración diafragmática, que ayudan a los pacientes a utilizar de manera más eficiente su capacidad pulmonar restante. Además, se em-

plean ejercicios de entrenamiento de los músculos respiratorios para fortalecer los músculos que participan en la respiración.

La fisioterapia también se enfoca en mejorar la resistencia y la tolerancia al ejercicio. Los programas de rehabilitación pulmonar diseñados por fisioterapeutas incluyen ejercicios cardiovasculares y de fortalecimiento adaptados a las necesidades individuales del paciente. Esto permite a los pacientes realizar actividades cotidianas con menos dificultad respiratoria.

La educación sobre la gestión de la enfermedad es otro componente vital de la fisioterapia en el enfisema. Los fisioterapeutas proporcionan información sobre cómo evitar factores desencadenantes, como la exposición al humo del tabaco o a la contaminación del aire, y cómo administrar los síntomas en caso de exacerbaciones.

Además, la fisioterapia puede incluir técnicas de eliminación de secreciones para facilitar la expectoración de moco acumulado en los pulmones, lo que ayuda a prevenir infecciones respiratorias.

El fisioterapeuta recomienda un tratamiento integral para el enfisema pulmonar que incluye:

Ejercicios Respiratorios: Aprender y practicar técnicas de respiración adecuadas, como la respiración diafragmática, para maximizar la capacidad pulmonar y reducir la fatiga.

Rehabilitación Pulmonar: Participar en programas de rehabilitación pulmonar supervisados por fisioterapeutas, que incluyen ejercicios de acondicionamiento físico y entrenamiento de fuerza para mejorar la resistencia y la función pulmonar.

Gestión de la Secreción: Aprender técnicas de eliminación de secreciones para facilitar la expulsión del moco y prevenir infecciones respiratorias.

Consejos sobre el Estilo de Vida: Recibir orientación sobre cómo evitar desencadenantes, como el humo del tabaco y la contaminación del aire, así como cómo administrar síntomas durante exacerbaciones.

Educación Continua: Mantenerse informado sobre la enfermedad y buscar atención médica inmediata en caso de empeoramiento de los síntomas.

5 Discusión-Conclusión

Si bien la fisioterapia puede brindar beneficios significativos en el manejo del enfisema, es importante destacar que no es una cura. Sin embargo, puede contribuir de manera significativa a la calidad de vida de los pacientes al proporcionar herramientas y estrategias para enfrentar los desafíos respiratorios asociados con esta enfermedad crónica. El enfoque multidisciplinario que involucra al paciente y al equipo de atención médica, incluido el fisioterapeuta, es esencial para una gestión exitosa del enfisema pulmonar.

La colaboración cercana entre el paciente y el fisioterapeuta es esencial para optimizar la gestión del enfisema. El tratamiento debe ser personalizado según las necesidades individuales y se debe enfocar en mejorar la calidad de vida y la capacidad para llevar a cabo actividades diarias con menos dificultad respiratoria.

6 Bibliografía

Sánchez, C. D. R. P., Mancilla, Y. P. E., Galeas, S. S. R., & Gavilánez, A. E. S. (2021). Fisioterapia respiratoria en pacientes críticos. *Journal of Science and Research*, 6(2).

Capítulo 333

FISIOTERAPIA EN LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS GENERALES DEL PACIENTE RESPIRATORIO

AVELINA CUBILLO DE LA CRUZ

JUDIT GALDÓN MÁRQUEZ

PEDRO MANUEL MATEOS APARICIO LÓPEZ MILLA

GLORIA OTERO CORTIJO

1 Introducción

Los pacientes con afecciones respiratorias pueden experimentar una amplia gama de signos y síntomas que afectan su capacidad para respirar y su calidad de vida. A continuación, se describen algunos de los signos y síntomas generales que pueden presentarse en pacientes con problemas respiratorios:

Dificultad Respiratoria (Disnea): La disnea es uno de los síntomas más comunes en pacientes respiratorios. Se caracteriza por una sensación de falta de aire o dificultad para respirar, que puede ser leve o grave según la gravedad de la afección subyacente.

Tos: La tos es un mecanismo de defensa natural del cuerpo para eliminar irritantes o moco de las vías respiratorias. En pacientes con afecciones respiratorias, la tos puede ser crónica y persistente.

Sibilancias: Las sibilancias son ruidos agudos que se producen al respirar y pueden ser un signo de constricción de las vías respiratorias, como en el asma o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Fatiga: La fatiga es común en pacientes respiratorios debido al esfuerzo adicional requerido para respirar. Puede limitar la capacidad para realizar actividades cotidianas.

Tos Productiva: Algunos pacientes pueden presentar una tos productiva que produce esputo o mucosidad. Esto es común en afecciones como la bronquitis crónica o la fibrosis pulmonar.

Dolor en el Pecho: El dolor en el pecho puede estar presente en afecciones como la neumonía o la pleuritis, y puede empeorar con la respiración profunda.

Palidez o Cianosis: La falta de oxígeno en la sangre puede llevar a la palidez o a la cianosis, que es la coloración azulada de la piel y las mucosas, especialmente en labios y uñas.

Ronquera: La ronquera o cambios en la voz pueden ser indicativos de problemas en las vías respiratorias superiores, como tumores o parálisis de las cuerdas vocales.

Fiebre: La fiebre puede estar presente en infecciones respiratorias como la gripe o la neumonía.

Pérdida de Peso no Explicada: En casos avanzados de enfermedades pulmonares, la pérdida de peso no explicada puede ser un signo de deterioro general de la salud.

Es importante destacar que estos signos y síntomas pueden variar según la causa subyacente de la afección respiratoria y la gravedad de la misma. Cualquier síntoma respiratorio persistente o preocupante debe ser evaluado por un profesional de la salud para un diagnóstico adecuado y un tratamiento apropiado.

2 Objetivos

Describir la utilidad e importancia de la fisioterapia en el tratamiento al paciente con dificultad respiratoria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha 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 fisioterapia desempeña un papel crucial en el manejo de los signos y síntomas generales del paciente respiratorio, ya que se enfoca en mejorar la función respiratoria y la calidad de vida. A continuación, se destacan algunos aspectos clave de cómo la fisioterapia aborda estos síntomas:

Dificultad Respiratoria (Disnea): Los fisioterapeutas trabajan en estrecha colaboración con los pacientes para enseñarles técnicas de respiración adecuadas que pueden ayudar a aliviar la disnea. Esto incluye ejercicios de respiración profunda y técnicas de relajación que mejoran la eficiencia de la respiración.

Tos: La fisioterapia puede incluir ejercicios de tos asistida para ayudar a los pacientes a eliminar el moco de las vías respiratorias. Esto es especialmente beneficioso para pacientes con tos crónica.

Sibilancias: Los fisioterapeutas pueden utilizar técnicas de terapia manual y ejercicios respiratorios para ayudar a abrir las vías respiratorias y reducir las sibilancias. Además, pueden enseñar a los pacientes el uso adecuado de dispositivos inhaladores.

Fatiga: La fisioterapia incluye programas de ejercicios de acondicionamiento físico personalizados para mejorar la resistencia y reducir la fatiga. Esto permite a los pacientes realizar actividades diarias con menos esfuerzo.

Tos Productiva: La fisioterapia puede incluir técnicas de eliminación de secreciones, como la percusión y la vibración, para facilitar la tos productiva y ayudar a eliminar el moco de los pulmones.

Dolor en el Pecho: Los fisioterapeutas pueden proporcionar técnicas de alivio del

dolor, como la terapia manual y el uso de calor, para reducir el dolor en el pecho.

Palidez o Cianosis: La fisioterapia se enfoca en mejorar la oxigenación y la función pulmonar, lo que puede ayudar a reducir la palidez y la cianosis.

Fisioterapia Respiratoria: La fisioterapia respiratoria se especializa en el manejo de enfermedades respiratorias crónicas y agudas. Los fisioterapeutas utilizan técnicas específicas, como la ventilación dirigida y la presión positiva en las vías respiratorias, para mejorar la ventilación pulmonar.

La fisioterapia en el paciente respiratorio se adapta a los signos y síntomas específicos para mejorar la función pulmonar, aliviar el malestar y aumentar la calidad de vida. Los fisioterapeutas trabajan en estrecha colaboración con el equipo de atención médica para proporcionar un enfoque integral en el manejo de las afecciones respiratorias.

5 Discusión-Conclusión

El fisioterapeuta recomienda una colaboración cercana con el paciente para abordar los síntomas respiratorios. Esto incluye la participación activa en programas de ejercicios de respiración y acondicionamiento físico diseñados específicamente para mejorar la función pulmonar y aliviar la disnea. Además, se enfatiza la importancia de la adherencia al tratamiento y la comunicación regular con el equipo de atención médica para monitorear el progreso y realizar ajustes cuando sea necesario.

La educación sobre la gestión de síntomas, como la tos y la eliminación de secreciones, también es esencial para empoderar al paciente en su cuidado. En general, la fisioterapia respiratoria busca mejorar la calidad de vida del paciente al proporcionar herramientas y estrategias efectivas para enfrentar los desafíos respiratorios.

6 Bibliografía

- Gómez, W. C. (2022). Fundamentos de fisioterapia respiratoria y ventilación mecánica. Editorial El Manual Moderno.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
- <https://medlineplus.gov/spanish/>.
- <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 334

FISIOTERAPIA EN LA REEDUCACIÓN DEL DIAFRAGMA

AVELINA CUBILLO DE LA CRUZ

JUDIT GALDÓN MÁRQUEZ

PEDRO MANUEL MATEOS APARICIO LÓPEZ MILLA

GLORIA OTERO CORTIJO

1 Introducción

La reeducación del diafragma es un enfoque importante en la fisioterapia respiratoria y se centra en mejorar la función de este músculo esencial para la respiración. El diafragma es una estructura muscular que separa la cavidad torácica de la abdominal y desempeña un papel crucial en la expansión y contracción de los pulmones durante la inhalación y la exhalación.

La reeducación del diafragma se lleva a cabo mediante técnicas y ejercicios diseñados para optimizar su función. Estos incluyen:

Ejercicios de Respiración Diafragmática: Los fisioterapeutas enseñan a los pacientes a respirar profundamente utilizando el diafragma en lugar de los músculos accesorios del cuello y los hombros. Esto ayuda a mejorar la eficiencia de la respiración y a reducir la fatiga.

Técnicas de Relajación: El estrés y la tensión pueden afectar negativamente la función del diafragma. La reeducación incluye técnicas de relajación que ayu-

dan a los pacientes a reducir la tensión muscular y a permitir que el diafragma funcione de manera óptima.

Ejercicios de Fortalecimiento: En algunos casos, se pueden recomendar ejercicios de fortalecimiento específicos para el diafragma para mejorar su resistencia y capacidad de contracción.

Entrenamiento de la Coordinación Respiratoria: Los fisioterapeutas trabajan en la coordinación adecuada entre la inhalación y la exhalación, lo que ayuda a optimizar la función del diafragma y a mantener un patrón de respiración más eficaz.

La reeducación del diafragma es beneficioso para una variedad de condiciones respiratorias, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), el asma, la fibrosis pulmonar y la disfunción diafragmática. Mejora la capacidad de oxigenación y puede ayudar a reducir la disnea (dificultad para respirar).

La reeducación del diafragma es una parte esencial de la fisioterapia respiratoria. Ayuda a los pacientes a mejorar su función respiratoria, aumentar la eficiencia de la respiración y reducir la fatiga, lo que contribuye a una mejor calidad de vida en aquellos con afecciones respiratorias.

2 Objetivos

Exponer el papel del fisioterapeuta en distintas enfermedades y terapias.

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 fisioterapia desempeña un papel vital en la reeducación del diafragma, un músculo fundamental en el proceso de respiración. La reeducación del diafragma se utiliza para mejorar la función de este músculo y optimizar la eficiencia respiratoria en pacientes con diversas afecciones pulmonares y respiratorias.

Los fisioterapeutas emplean una serie de enfoques para reeducar el diafragma:

Evaluación Integral: El proceso comienza con una evaluación exhaustiva de la función respiratoria del paciente, incluyendo la observación de la mecánica de la respiración y la identificación de posibles disfunciones en el diafragma.

Ejercicios de Respiración: Se enseñan técnicas de respiración diafragmática para que el paciente aprenda a utilizar el diafragma de manera óptima en lugar de depender de los músculos accesorios del cuello y los hombros. Esto promueve una inhalación más profunda y una exhalación más completa.

Técnicas de Relajación: El estrés y la tensión pueden afectar negativamente la función del diafragma. Los fisioterapeutas enseñan técnicas de relajación para reducir la tensión muscular y permitir una respiración más fluida.

Ejercicios de Fortalecimiento: En algunos casos, se pueden recomendar ejercicios específicos para fortalecer el diafragma, mejorando su capacidad de contracción y resistencia.

Entrenamiento de Coordinación Respiratoria: Se trabaja en la sincronización adecuada entre la inhalación y la exhalación para optimizar la función del diafragma y mantener un patrón de respiración eficiente.

La reeducación del diafragma es beneficiosa para una variedad de afecciones respiratorias, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), el asma, la fibrosis pulmonar y la disfunción diafragmática. Los objetivos incluyen mejorar la capacidad de oxigenación, reducir la disnea y aumentar la tolerancia al ejercicio.

Además, los fisioterapeutas brindan orientación sobre la aplicación de estas técnicas en la vida diaria y cómo mantener una respiración óptima a largo plazo.

La fisioterapia desempeña un papel fundamental en la reeducación del diafragma, mejorando la función respiratoria y la calidad de vida de los pacientes con afecciones respiratorias. Los enfoques personalizados y la educación son esenciales para optimizar los resultados de la reeducación del diafragma y permitir a los pacientes respirar con mayor facilidad.

5 Discusión-Conclusión

El fisioterapeuta recomienda una colaboración activa entre el paciente y el profesional de la salud en el proceso de reeducación del diafragma. Es fundamental que el paciente participe de manera regular en los ejercicios de respiración y técnicas de relajación recomendadas para fortalecer y optimizar la función del diafragma. La consistencia en la práctica de estos ejercicios es clave para lograr mejoras significativas en la respiración.

Además, se enfatiza la importancia de la comunicación abierta entre el paciente y el fisioterapeuta. Cualquier síntoma o preocupación debe ser compartido para que el plan de tratamiento pueda ajustarse según sea necesario. El paciente también debe seguir las indicaciones proporcionadas por el fisioterapeuta en su vida diaria para mantener una respiración eficiente y mejorar la calidad de vida a largo plazo. La reeducación del diafragma requiere paciencia y dedicación, pero los resultados pueden ser gratificantes al lograr una mejoría en la función respiratoria y una mayor comodidad en la vida cotidiana.

6 Bibliografía

Luzuriaga Vaca, J. E. (2021). Reeducación respiratoria para mejorar ventilación-perfusión en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Bachelor's thesis, Riobamba, Universidad Nacional de Chimborazo).

Capítulo 335

IMPORTANCIA DE LA FISIOTERAPIA COMO TRATAMIENTO DEL CÓLICO EN EL LACTANTE

SERGIO JORQUERA POZANCO

1 Introducción

El cólico infantil se define como un síndrome que se caracteriza por la aparición de un llanto de forma repentina, excesiva y variable que suele aparecer sin motivo aparente y que se presenta en los niños y lactantes sanos independientemente del tipo de alimentación que tomen. Cuando hablamos de cólico nos referimos a la presencia de un dolor en la zona del estómago y de la parte inferior del intestino que va a causar sudoración, vómitos y dolor intenso, típicos de esta patología. Se puede decir que este tipo de patología que aparece en los lactantes o niños es un cambio que se produce en su organismo y cuya causa tiene un origen desconocido, ya que afecta a bebés sanos como a bebés que sufren algún tipo de patología y se va a presentar en los primeros cuatro meses de vida del niño. Todos los síntomas que van a aparecer en el niño son de tipo benignos por lo que van a desaparecer con el paso del tiempo.

La aparición de este tipo de problemas en los niños va a provocar en las madres la aparición de culpabilidad, depresión, estrés, tristeza, fatiga, dificultad para poder descansar y conciliar el sueño, etc.

2 Objetivos

Dar a conocer la efectividad de la fisioterapia en el cólico del lactante.

3 Metodología

Para poder hacer este capítulo de libro se ha hecho una búsqueda y revisión bibliográfica a través de diferentes bases de datos científicas, tales como: Medline, Cuiden, Pubmed y Scielo. Para poder realizar la búsqueda se han utilizado las siguientes palabras claves: Fisioterapeuta, Fisioterapia, Tratamiento, Cólico, Cólico en el lactante, etc.

4 Resultados

El trabajo que realizan los profesionales en fisioterapia es muy importante para poder tratar de una manera eficaz el cólico en el lactante. El cólico es una patología muy común hoy en día entre los bebés, este tipo de patología que sufren los bebés se va a caracterizar por la presencia de episodios de forma recurrente de llanto inconsolable y malestar abdominal sin tener una causa médica que lo identifique. Aunque como hemos dicho al principio de este capítulo de libro, el cólico tiende a desaparecer por sí solo a medida que el bebé se va a haciendo mayor. Esta patología puede causar estrés tanto al bebé como a los padres.

La fisioterapia como tratamiento de choque frente al cólico en el lactante puede ayudar a aliviar todos los síntomas del cólico y proporcionar tanto al bebé que lo sufre como a sus padres un gran alivio. Algunas de las maneras en las que la fisioterapia va a resultar ser beneficiosa para el bebé que tiene el problema son:

- Fomentar la movilización, para ello los fisioterapeutas van a emplear en el bebé técnicas que alivien la zona lumbar y la tensión muscular del abdomen.
- Masajes abdominales, este tipo de técnica realiza por el fisioterapeuta va a permitir que mejore el funcionamiento gastrointestinal del bebé, contribuyendo a reducir la presencia de cólicos.
- Educación sanitaria a los padres y familiares, este hecho va a hacer que los padres sepan como deben responder en determinadas situaciones, en la cual el bebé presente el problema. Para ello se les enseñaran a los padres los ejercicios que deben realizar con el niño en casa.
- Los fisioterapeutas también se van a encargar del bienestar del bebé, para ello realizará actividades junto a él.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión en este capítulo de libro sobre la importancia de la fisioterapia como tratamiento del cólico en el lactante podemos decir que la figura de los

profesionales en fisioterapia es algo fundamental para mejorar la calidad de vida del bebé con este tipo de patología como la de los padres. Por ello, es muy importante tomar las medidas citadas anteriormente para poder hacer que el niño lleve a cabo una mejor vida en su día a día. La persona encargada de llevar a cabo las medidas y enseñar a los padres de los niños que sufren esta patología será el fisioterapeuta.

6 Bibliografía

- Molina EJ. Fisioterapia en el cólico del lactante [Internet]. FisioOnline. Disponible en: <https://www.fisioterapia-online.com/articulos/fisioterapia-en-el-colico-del-lactante>.
- Martín MA. Cólico del Lactante en Fisioterapia [Internet]. Impulsa Fisioterapia. Disponible en: <https://www.impulsafisioterapia.com/colico-del-lactante-en-fisioterapia/>.

Capítulo 336

TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA A TRAVÉS DE LA NEURODINAMIA EN PACIENTES CON POLINEUROPATÍA DIABÉTICA

SERGIO MARTÍNEZ GARCÍA

CARLOS GÓMEZ DE OLMEDO CORONA

MARIO GARCÍA MARTÍN

LAURA DE PABLO MARTÍNEZ

JORGE MARTÍN DÍAZ-GUERRA

1 Introducción

La polineuropatía diabética es una complicación común y debilitante de la diabetes mellitus que afecta el sistema nervioso periférico, causando síntomas como dolor, entumecimiento, debilidad y disfunción motora en extremidades. La fisioterapia juega un papel crucial en la gestión de esta afección, y una técnica efectiva que se ha utilizado con éxito en pacientes con polineuropatía diabética es la neurodinamia.

La neurodinamia, también conocida como movilización neurodinámica, es un enfoque terapéutico que se centra en la movilización de los nervios periféricos para restaurar su función y reducir los síntomas asociados con la neuropatía diabética.

Esta técnica se basa en la comprensión de que los nervios deben ser capaces de deslizarse y moverse libremente en su entorno anatómico para funcionar adecuadamente. En la polineuropatía diabética, los nervios a menudo se vuelven rígidos y pueden quedar atrapados o comprimidos, lo que contribuye a los síntomas dolorosos.

La neurodinamia implica una serie de ejercicios y movimientos suaves que estiran y movilizan los nervios de manera controlada. El fisioterapeuta trabaja en estirar gradualmente los nervios afectados, ayudando a aliviar la compresión y reducir el dolor y la disfunción. Esta técnica puede mejorar la circulación sanguínea y la conducción nerviosa, lo que, a su vez, contribuye a una mejoría en la función y la calidad de vida de los pacientes con polineuropatía diabética.

En resumen, la neurodinamia es una técnica de fisioterapia efectiva para abordar los síntomas y las limitaciones funcionales asociadas con la polineuropatía diabética. Al promover la movilidad nerviosa y reducir la compresión, esta terapia ofrece esperanza y mejoras significativas en la vida de los pacientes que enfrentan esta afección crónica.

2 Objetivos

Describir los beneficios de la fisioterapia a través de la neurodinamia en pacientes con la afectación de polineuropatía diabética.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio. Se han seleccionado aquellos 5 artículos entre 2018 y 2023 de mayor interés.

4 Resultados

Los resultados de la aplicación de la neurodinamia en pacientes con polineuropatía diabética han demostrado ser prometedores en términos de alivio de síntomas y mejora de la calidad de vida. Esta técnica de fisioterapia se enfoca en

la movilización de los nervios periféricos para abordar la neuropatía diabética, y sus beneficios son notables:

1. Reducción del dolor: Uno de los resultados más destacados de la neurodinamia es la disminución del dolor neuropático que experimentan los pacientes con polineuropatía diabética. Al liberar la compresión y mejorar la movilidad nerviosa, se reduce la irritación de los nervios, lo que conduce a una reducción significativa del dolor en las extremidades afectadas.
2. Mejora de la función motora: La neuropatía diabética a menudo se asocia con debilidad muscular y dificultades en la función motora. La neurodinamia ayuda a restaurar la función adecuada de los nervios, lo que se traduce en una mejoría en la fuerza y la coordinación muscular.
3. Mejora de la sensación y la circulación: La neurodinamia puede contribuir a la mejora de la sensibilidad en las extremidades afectadas, reduciendo la sensación de entumecimiento y hormigueo. Además, al favorecer un mejor flujo sanguíneo, contribuye a la salud vascular y la prevención de complicaciones.
4. Mejora en la calidad de vida: Los pacientes con polineuropatía diabética a menudo ven afectada su calidad de vida debido a los síntomas debilitantes. La neurodinamia ayuda a aliviar estos síntomas, lo que se traduce en una mayor funcionalidad y bienestar general.
5. Potenciación del autocuidado: La neurodinamia no solo se aplica durante las sesiones de fisioterapia, sino que los pacientes también aprenden ejercicios y técnicas que pueden realizar en casa para mantener y mejorar su salud neurológica. Por lo tanto, la neurodinamia es una técnica de fisioterapia eficaz para pacientes con polineuropatía diabética, ya que proporciona alivio del dolor, mejora la función neuromuscular y contribuye a una mejor calidad de vida. Sin embargo, es esencial que esta terapia sea administrada por un fisioterapeuta capacitado y adaptada a las necesidades individuales de cada paciente para obtener los mejores resultados.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la aplicación de la neurodinamia en pacientes con polineuropatía diabética muestra resultados alentadores al abordar los desafíos que esta afección conlleva. Esta técnica de fisioterapia se destaca por su capacidad para reducir el dolor, mejorar la función motora, aumentar la sensibilidad y promover una mejor calidad de vida en estos pacientes. Al liberar la compresión nerviosa y restaurar la movilidad neural, la neurodinamia se convierte en una herramienta valiosa en la gestión de la neuropatía diabética. Sin embargo, es crucial que se administre de

manera personalizada por profesionales de la salud para obtener los beneficios óptimos y mejorar la salud neurológica de los pacientes.

6 Bibliografía

Manu G, Amit M, Asir John S. Effect of massage, passive neural mobilization and transcutaneous electrical nerve stimulation on magnetic resonance diffusion tensor imaging (MR-DTI) of the tibial nerve in a patient with type 2 diabetes mellitus induced neuropathy: a case report. *Physiother Theory Pract*. 2022 Nov;38(13):3273-3282. doi: 10.1080/09593985.2021.1994070. Epub 2021 Nov 1. PMID: 34723754.

Talebi GA, Saadat P, Javadian Y, Taghipour M. Manual therapy in the treatment of carpal tunnel syndrome in diabetic patients: A randomized clinical trial. *Caspian J Intern Med*. 2018 Summer;9(3):283-289. doi: 10.22088/cjim.9.3.283. PMID: 30197774; PMCID: PMC6121348.

Fundaun J, Kolski M, Baskozos G, Dilley A, Sterling M, Schmid AB. Nerve pathology and neuropathic pain after whiplash injury: a systematic review and meta-analysis. *Pain*. 2022 Jul 1;163(7):e789-e811. doi: 10.1097/j.pain.0000000000002509. Epub 2021 Oct 12. PMID: 35050963; PMCID: PMC7612893.

Rota E, Morelli N. Entrapment neuropathies in diabetes mellitus. *World J Diabetes*. 2016 Sep 15;7(17):342-53. doi: 10.4239/wjd.v7.i17.342. PMID: 27660694; PMCID: PMC5027001.

Horinouchi S, Deguchi T, Arimura K, Arimura A, Dochi Y, Uto T, Nakamura T, Arimura Y, Nishio Y, Takashima H. Median neuropathy at the wrist as an early manifestation of diabetic neuropathy. *J Diabetes Investig*. 2014 Nov;5(6):709-13. doi: 10.1111/jdi.12211. Epub 2014 Mar 28. PMID: 25422772; PMCID: PMC4234235.

Capítulo 337

EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN FISIOTERÁPICA EN EL ABORDAJE DE LA TORTÍCOLIS MUSCULAR CONGÉNITA

JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ-VALDEPEÑAS FERNÁNDEZ

ELENA RAMÍREZ DE ARELLANO PORTUGUÉS

DIEGO MEDINA CRESPO

1 Introducción

La tortícolis muscular congénita (TMC) es una deformidad postural músculo-esquelética evidente en el nacimiento o poco después. Resulta del acortamiento unilateral y el aumento del tono del músculo esternocleidomastoideo (ECOM) y se presenta como una flexión lateral de la cabeza hacia el lado ipsilateral con rotación hacia el lado contralateral.

Es potencialmente una afección dolorosa para los bebés y puede presentarse con un pseudotumor en el músculo ECOM. Es la tercera afección músculo-esquelética congénita más común en recién nacidos, con una incidencia que oscila entre el 0,3 y el 16%. La TMC se ha asociado con disfunción en la columna cervical superior y, a veces, se la denomina desequilibrio cinético debido a tensión suboccipital.

Los enfoques de tratamiento para la TMC incluyen terapia manual, terapia de reposicionamiento (incluido tiempo boca abajo) y, en casos graves que no se

resuelven, toxina botulínica y cirugía. La TMC puede provocar cambios secundarios, como la asimetría craneal, y también problemas funcionales, incluidos problemas de lactancia.

Los padres suelen realizar la terapia de reposicionamiento de la cabeza con el objetivo de colocar la cabeza del bebé en el lado no aplanado e incluye consejos sobre recomendaciones sobre el "tummy time" (tiempo boca abajo). La terapia con casco, a veces denominada terapia ortopédica o de moldeo, generalmente utiliza un casco de plástico con el objetivo de remodelar el cráneo deformado a una forma normal sin restringir el crecimiento craneal.

Las terapias manuales, como las proporcionadas por fisioterapeutas, se centran en técnicas administradas pasivamente al bebé, ya sea a través de la articulación cervical y el estiramiento de los músculos de los tejidos blandos para restaurar la función del cuello y/o la liberación/reducción de la tensión de los tejidos blandos. Las terapias manuales también incluyen ejercicios de estiramiento dirigidos por un profesional, ya sean administrados directamente por un profesional o por un padre guiado por un profesional.

La relación entre la tortícolis muscular congénita (TMC) y la plagiocefalia posicional (PP) es ligeramente inusual, ya que la causalidad puede ir en cualquier dirección y los bebés pueden sufrir ambas afecciones al mismo tiempo. Existen similitudes entre las estrategias de manejo tanto para PP como para TMC, pero existe investigación limitada sobre su efectividad. Además, faltan protocolos de tratamiento claros que tengan en cuenta la gravedad de la afección y la edad del bebé.

Existe preocupación tanto por la TMC como por la PP debido a su asociación con displasia del desarrollo de la cadera, lesión del plexo braquial, anomalías del pie o de las extremidades inferiores y el desarrollo cognitivo y motor.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Determinar la eficacia de la intervención fisioterápica en el abordaje de la tortícolis muscular congénita.

Objetivo secundario:

- Conocer la correlación entre la tortícolis muscular congénita y la plagiocefalia posicional.

3 Metodología

Para la realización de esta revisión bibliográfica, se ha recopilado información a través de las bases de datos de PubMed, ScenceDirect y PEDro.

A lo largo de la búsqueda bibliográfica se han aplicado una serie de criterios de inclusión:

- Que los estudios realizados fueran ensayos clínicos, revisiones bibliográficas o revisiones sistemáticas.
- Que los estudios fueran publicados durante estos últimos cinco años.
- Que los sujetos utilizados en los estudios fueran bebés de 0 a 1 años.

En todas las bases de datos, las palabras clave comprendían los términos de: “torticollis”, “congenital” y “physical therapy”, combinándolas entre ellas utilizando los operadores booleanos “OR” y “AND”.

4 Resultados

Los resultados de la torticollis muscular congénita mostraron que la terapia manual en forma de estiramiento dirigido por un profesional tenía evidencia favorable moderada para aumentar el rango de movimiento y hubo evidencia no concluyente de baja calidad para respaldar la SMT además de la fisioterapia.

El tratamiento de primera línea recomendado en la guía revisada tanto para la PP como para la TMC fue: educación y apoyo para los padres, posicionamiento/ “tummy time” (tiempo boca abajo) y terapia manual. La educación y el apoyo de los padres se centraron en asegurarles que, en la mayoría de los casos, la preferencia posicional y la forma de la cabeza pueden resolverse con el tiempo y se pueden ayudar con el reposicionamiento y la fisioterapia (toda orientación). Si la educación y la orientación se centran en la premisa de la resolución natural, la base para los argumentos a favor de cualquier tipo de tratamiento o intervención parece limitada.

Sin embargo, se ha planteado cierta preocupación sobre la asimetría craneal grave y moderada (plagiocefalia posicional y braquicefalia) y los resultados cognitivos y académicos posteriores: no se sugirió una causalidad directa, los autores postularon que la PP moderada/grave podría ser un marcador de riesgo de desarrollo, lo que significa que aquellos quienes desarrollan plagiocefalia pueden correr riesgo de sufrir problemas de desarrollo. Esto implica una mayor necesidad de estandarizar las mediciones y definiciones de PP leve, moderada y grave para determinar qué bebés pueden beneficiarse de cuidados, seguimiento y tratamiento

adicionales.

Los regímenes de reposicionamiento (incluido el “tummy time”) y estiramiento muscular, tienen sentido intuitivo cuando se considera un modelo explicativo mecanicista para una intervención de tratamiento. También pueden tener una alta probabilidad de efecto placebo, dado que los padres pueden desempeñar un papel activo para ayudar a resolver la condición del bebé.

No obstante, esto no niega la necesidad de la participación de un profesional sanitario como un médico o fisioterapeuta, ya que los padres a menudo requieren asesoramiento, orientación y apoyo para entender cómo y cuándo hacer los estiramientos y reposicionamientos. Los posibles problemas identificados con los ejercicios en casa, el reposicionamiento y el tiempo boca abajo incluyeron el cumplimiento y la “dosis mínima” necesaria para realizar un cambio significativo.

Se han observado eventos adversos menores con la terapia con casco, como irritación de la piel y erupciones que pueden afectar la comodidad y la tolerancia de los bebés al uso del casco. Teniendo en cuenta esta información, parece sensato considerar los tratamientos conservadores como una opción de primera línea, a menos que se indique lo contrario.

También se sugirió un problema con la colocación de las almohadas, como el “cojín mimos” y el riesgo potencial asociado de que los bebés no duerman boca abajo y el síndrome de muerte súbita del lactante. Varios estudios concluyeron que a pesar de los efectos beneficiosos moderados y favorables sobre la forma y la simetría de la cabeza con el uso de almohadas de posicionamiento, no superaban el riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante. La guía del Congreso de Cirujanos Neurológicos recomendó que se utilice terapia manual y reposicionamiento en lugar de colocar almohadas.

Se necesita más investigación para comprender cuándo y si intervenir y las etapas óptimas de las intervenciones para qué tipo de beneficio, riesgo o malestar para los bebés. En la actualidad no hay suficientes datos o pruebas sólidas para fundamentar plenamente el desarrollo de directrices. El intento más completo del Congreso de Cirujanos Neurológicos ilustró lo difícil y variada que fue la tarea de desarrollar un plan de actuación determinado.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados de la tortícolis muscular congénita mostraron que la terapia manual en forma de estiramiento dirigido por un profesional tiene evidencia moderadamente favorable para aumentar el rango de movimiento. Se necesitan más estudios de efectividad y eficacia bien potenciados.

Distinguir entre la eficacia de cada tratamiento es difícil de cuantificar, debido a la falta de sistemas de medición estandarizados, la variedad de resultados y los estudios limitados de alta calidad. Todavía es necesario contar con un sistema de clasificación aceptado para diagnosticar y describir los grados de plagiocefalia posicional y tortícolis muscular congénita. Aún no se ha determinado claramente el tipo de tratamiento apropiado para los bebés y la duración y dosis del tratamiento.

La fisioterapia general, como estiramientos y/o ejercicios, reposicionamiento y tiempo boca abajo (tummy time), puede beneficiar a algunos bebés. Es probable que la educación, la orientación y el apoyo tranquilicen y ayuden a los padres. Diversos profesionales de la salud pueden brindar asesoramiento y orientación, pero claramente se necesita capacitación clínica para determinar si los bebés están sanos y sin patologías subyacentes antes de recomendar enfoques y/o tratamientos conservadores.

6 Bibliografía

1. Yuanyi Xiao, Zhenhai Chi, Fuqiang Yuan, Daocheng Zhu, Xilin Ouyang, Wei Xu, Jun Li, Zhaona Luo, Rixin Chen, Lin Jiao. Effectiveness and safety of massage in the treatment of the congenital muscular torticollis: A systematic review and meta-analysis protocol. *Medicine (Baltimore)*. 2020 Aug 28;99(35):e21879.
2. Emily Heidenreich, Robert Johnson, Barbara Sargent. Informing the Update to the Physical Therapy Management of Congenital Muscular Torticollis Evidence-Based Clinical Practice Guideline. *Pediatr Phys Ther*. 2018 Jul;30(3):164-175.
3. Julie Ellwood, Jerry Draper-Rodi, Dawn Carnes. The effectiveness and safety of conservative interventions for positional plagiocephaly and congenital muscular torticollis: a synthesis of systematic reviews and guidance. *Chiropr Man Therap*. 2020 Jun 11;28(1):31.
4. Seonghyeok Song, Wonjeong Hwang, Seungwon Lee. Effect of physical therapy intervention on thickness and ratio of the sternocleidomastoid muscle and head rotation angle in infants with congenital muscular torticollis: A randomized

clinical trial (CONSORT). *Medicine (Baltimore)*. 2021 Aug 20;100(33):e26998.

5. Adrianna Castilla, Mariah Gonzalez, Lynn Kysh, Barbara Sargent. Informing the Physical Therapy Management of Congenital Muscular Torticollis Clinical Practice Guideline: A Systematic Review. *Pediatr Phys Ther*. 2023 Apr 1;35(2):190-200.

Capítulo 338

EL FISIOTERAPEUTA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTA

NATALIA MORAL MORAL

SANDRA AGUDO CABAÑAS

ÁLVARO LÓPEZ CORREDOR

1 Introducción

El impacto del encamamiento prolongado en hospitales ha sido durante años foco de estudio en la salud pública. Un alto porcentaje de esta población sufrirá tras el alta hospitalaria numerosas complicaciones que condicionaran su integración plena en comunidad, siendo este desacondicionamiento incrementando cuando se le añaden agravantes de la situación individual de cada paciente. Concretamente, la debilidad adquirida en las unidades de cuidados intensivos (UCI) como trastorno secundario (1), se asocia a deficiencias significativas en la estructura y en la función del cuerpo, limitando de forma importante la actividad y restringiendo la participación una vez los pacientes son dados de alta (2). Sin embargo, es una larga lista las complicaciones que recoge la bibliografía actual: úlceras por presión(3), sarcopenia (4), deterioro funcional (5), problemas de sueño (6), delirio (7) e incluso, aumento del riesgo de mortalidad (8).

La hospitalización prolongada y la inmovilidad de los pacientes en cuidados intensivos, además de elevar el riesgo de deterioro físico y cognitivo a largo plazo, supone un incremento de los costes para el sistema en sentido de requerir atención continuada para la cronicidad del cuadro que arrastra (7,9).

Basados en la creciente evidencia científica sobre los beneficios que aporta su intervención al tratamiento, recuperación de la función y prevención de complicaciones, el fisioterapeuta se ha definido como figura sanitaria cada vez más presente dentro de los equipos multidisciplinares de atención hospitalaria (10). El trabajo a través de agentes físicos ha demostrado ser una opción válida y económica para acelerar procesos de desacondicionamiento físico fruto de la inmovilización prolongada (10). Es por ello que es objeto de análisis de este estudio, exponer los beneficios y las técnicas de la fisioterapia que pueden ayudar a los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos, donde el tiempo de encamación es más prolongado, y las condiciones de salud más vulnerables.

2 Objetivos

Determinar la eficacia y el beneficio que brinda la fisioterapia en los pacientes adultos ingresados en las unidades de cuidado intensivo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica de la literatura existente, con límite temporal acotado en los últimos cinco años. Se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos en la principal base de datos de PubMed, seleccionando revisiones sistemáticas y metaanálisis procedentes de publicaciones académicas revisadas. Como palabras clave, se han utilizado “intensive care unit” y “physiotherapy”, en inglés, combinado con el booleano “and”. Tras una lectura crítica y exhaustiva de los mismos, se obtuvieron los siguientes resultados expuestos a continuación

4 Resultados

Son numerosos estudios los que exponen la importancia de la intervención del fisioterapeuta para la prevención de la debilidad adquirida en las UCI (2), y respaldan su labor con resultados consistentes. En concreto, un estudio recoge datos sobre la movilización temprana en postoperatorios de cirugías cardíacas, en pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos; la intervención se llevó a cabo justo el día después de la intervención, aplicando movilizaciones progresivas, actividad controlada con cicloergómetro, reeducación de rutinas, protocolos de caminar, ejercicios controlados de resistencia y realidad virtual. El proto-

colo de intervención recogía ejercicios de intensidad baja en dos sesiones diarias de 10-30 minutos. Pese a los buenos resultados obtenidos, destacan la necesidad de individualizar la intervención para ajustarse a los parámetros de cada paciente según sus condiciones de salud y posibles limitaciones(11).

En cuanto a las técnicas de movilidad, un estudio expone que el movimiento pasivo muestra cambios beneficiosos a nivel celular también en pacientes sedados y ventilados en la UCI dentro de los primeros días de ingreso, hallazgos que pueden indicar una reducción de la atrofia muscular compatible con la prevención de la debilidad por desuso (12).

La atrofia también puede ser combatida a través del ejercicio físico y la estimulación eléctrica neuromuscular, como demuestra el estudio de Guillermo García Pérez de Sevilla y Beatriz Sánchez Pinto (1). En pacientes críticos, tanto la estimulación eléctrica como el pedaleo en cama o silla durante 5-10 días previnieron la pérdida de masa muscular de forma significativa. Además, la electroestimulación de extremidades inferiores y superiores mostró reducción significativa de la duración de la hospitalización. Una vez dados de alta médica, tanto la estimulación eléctrica como las intervenciones de ejercicio físico aumentaron la fuerza muscular, siendo el ejercicio físico más efectivo en la mejora de la funcionalidad (4).

En relación con los programas de rehabilitación física de inicio en las UCI, parece mejorar la fuerza muscular, la función física, la duración de la estancia en la UCI y en el hospital (13). Concretamente, la cicloergometría en la UCI se considera una opción válida y segura, siendo necesarios más estudios controlados aleatorizados diseñados rigurosamente para mejorar la precisión e investigar más a fondo el efecto de la bicicleta en los esperanzadores resultados obtenidos (5).

Con relación a la gravedad de las complicaciones y mortalidad, una revisión sistemática con metaanálisis de Sean Higgins et al (14), sobre la movilización temprana en pacientes traumatizados, sugiere que los pacientes que reciben este tipo de intervención requieren menos días de ventilación mecánica, pero no modifican los índices de mortalidad en comparación con los pacientes que reciben la atención habitual. Además, la fisioterapia respiratoria como alternativa para la mejora de la mecánica ventilatoria y la higiene bronquial (posicionamientos, drenaje postural, hiperinsuflación manual, vibraciones y succión) no puede prevenir la neumonía asociada al uso del ventilador, ni reducir la duración de la estancia en la UCI (8,15). En cambio, el entrenamiento de los músculos inspiratorios y la movilización temprana sí puede ayudar a mejorar los resultados del

destete en pacientes con ventilación mecánica, siendo los estudios demasiado heterogéneos para poder generalizar los efectos esperados (16). En contraste con estos resultados, un estudio de Diana Pozuelo Carrascosa et al (17) especifica que la posición de decúbito semicostado parece ser la mejor posición para reducir la incidencia de la neumonía asociada al ventilador, la duración de la estancia hospitalaria y la duración de la ventilación mecánica. Identifica la posición prona como la más eficaz para reducir el riesgo de mortalidad y la duración de la estancia hospitalaria en la UCI, pero no señala efectos sobre la incidencia de la neumonía asociada al ventilador.

Siendo la movilización temprana efectiva para la prevención de lesiones cutáneas en otros grupos de población, se han reunido también datos sobre los efectos de su aplicación a este grupo de población hospitalizada. Los resultados sobre los efectos de la movilización temprana en las UCI no fueron concluyentes, identificando como necesarias más investigaciones futuras por ser escasos los estudios realizados con foco en esta cuestión (3).

Respecto al pronóstico evolutivo en enfermedades cardíacas con necesidad de tratamiento quirúrgico, primeros resultados muestran que la terapia con ejercicios preparatorios podrían reducir levemente las complicaciones cardíacas y renales, en comparación con la atención habitual, abriendo un camino a la intervención del fisioterapeuta sobre los tratamientos preoperatorios. Sin embargo, se destaca que son necesarios más estudios controlados aleatorizados de alta calidad metodológica, con tamaños, muestrales más grandes y seguimientos a largo plazo, que especifiquen los programas de rehabilitación, el número de sesiones y la duración (18).

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se confirma que la movilización temprana puede ayudar a paliar los efectos de la inactividad que supone el encamamiento prolongado en las unidades de cuidados intensivos.

La rehabilitación física ajustada puede mejorar las capacidades físicas de los pacientes, y por ende, acotar el tiempo de hospitalización, facilitando su reacondicionamiento físico posterior al alta e inserción social.

Se destaca la importancia de la electroestimulación que mejora la calidad del tejido, previniendo la sarcopenia y la atrofia, facilitando el funcionamiento tras el período de inmovilización y de la fisioterapia respiratoria y tratamiento postural, que puede ser beneficioso para acotar tiempos de estancias y uso de ventilación

mecánica, pero no para prevención de neumonías asociadas al uso.

Son necesarios más estudios que amplíen y especifiquen dosificación y características de los programas de rehabilitación física de fisioterapia en las UCI.

La fisioterapia ayuda al tratamiento y a la prevención de las complicaciones asociadas en las unidades de cuidados intensivos, por lo que estaría justificada su participación dentro del equipo multidisciplinar sanitario.

Es necesario ampliar la visión en las intervenciones hospitalarias, y considerar la importancia de la reinserción del paciente en la sociedad, con el foco en la mejora de su calidad de vida una vez finalice el estado de riesgo.

6 Bibliografía

1. 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.* febrero de 2023;74:103333.
2. Anekwe DE, Biswas S, Bussi  res A, Spahija J. Early rehabilitation reduces the likelihood of developing intensive care unit-acquired weakness: a systematic review and meta-analysis. *Physiotherapy.* junio de 2020;107:1-10.
3. Nieto-García L, Carpio-Pérez A, Moreiro-Barroso MT, Alonso-Sard  n M. Can an early mobilisation programme prevent hospital-acquired pressure injuries in an intensive care unit?: A systematic review and meta-analysis. *Int Wound J.* abril de 2021;18(2):209-20.
4. Trethewey SP, Brown N, Gao F, Turner AM. Interventions for the management and prevention of sarcopenia in the critically ill: A systematic review. *J Crit Care.* abril de 2019;50:287-95.
5. Takaoka A, Utgikar R, Rochweg B, Cook DJ, Kho ME. The Efficacy and Safety of In-Intensive Care Unit Leg-Cycle Ergometry in Critically Ill Adults. A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Am Thorac Soc.* octubre de 2020;17(10):1289-307.
6. Fang CS, Chang SL, Fang CJ, Chou FH. Effect of massage therapy on sleep quality in critically ill patients: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs.* agosto de 2023;32(15-16):4362-73.
7. Herling SF, Greve IE, Vasilevskis EE, Egerod I, Bekker Mortensen C, M  ller AM, et al. Interventions for preventing intensive care unit delirium in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 23 de noviembre de 2018;11(11):CD009783.
8. Pozuelo-Carrascosa DP, Torres-Costoso A, Alvarez-Bueno C, Cavero-Redondo I, López Muñoz P, Martínez-Vizcaíno V. Multimodality respiratory physiother-

apy reduces mortality but may not prevent ventilator-associated pneumonia or reduce length of stay in the intensive care unit: a systematic review. *J Physiother.* octubre de 2018;64(4):222-8.

9.Chen B, Xie G, Lin Y, Chen L, Lin Z, You X, et al. A systematic review and meta-analysis of the effects of early mobilization therapy in patients after cardiac surgery. *Medicine (Baltimore).* 16 de abril de 2021;100(15):e25314.

10. Vilana Gomà A. Conceptualización del rol del fisioterapeuta en la unidad de cuidados intensivos. 2019 [citado 29 de septiembre de 2023]; Disponible en: <https://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/135657>

11. Borges MGB, Borges DL, Ribeiro MO, Lima LSS, Macedo KCM, Nina VJ da S. Early Mobilization Prescription in Patients Undergoing Cardiac Surgery: Systematic Review. *Braz J Cardiovasc Surg.* 2 de mayo de 2022;37(2):227-38.

12. Passive motion of the lower extremities in sedated and ventilated patients in the ICU - a systematic review of early effects and replicability of Interventions - PubMed [Internet]. [citado 29 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35552550/>

13. Wang YT, Lang JK, Haines KJ, Skinner EH, Haines TP. Physical Rehabilitation in the ICU: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Crit Care Med.* 1 de marzo de 2022;50(3):375-88.

14. Higgins SD, Erdogan M, Coles SJ, Green RS. Early mobilization of trauma patients admitted to intensive care units: A systematic review and meta-analyses. *Injury.* noviembre de 2019;50(11):1809-15.

15. Chest physiotherapy for pneumonia in adults - PubMed [Internet]. [citado 29 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36066373/>

16. Effects of Inspiratory Muscle Training and Early Mobilization on Weaning of Mechanical Ventilation: A Systematic Review and Network Meta-analysis - PubMed [Internet]. [citado 30 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32750371/>

17. Pozuelo-Carrascosa DP, Cobo-Cuenca AI, Carmona-Torres JM, Laredo-Aguilera JA, Santacruz-Salas E, Fernandez-Rodriguez R. Body position for preventing ventilator-associated pneumonia for critically ill patients: a systematic review and network meta-analysis. *J Intensive Care.* 22 de febrero de 2022;10(1):9.

18. Fenton C, Tan AR, Abaraogu UO, McCaslin JE. Prehabilitation exercise therapy before elective abdominal aortic aneurysm repair. *Cochrane Database Syst Rev.* 8 de julio de 2021;7(7):CD013662.

Capítulo 339

EFICACIA DE LA FISIOTERAPIA PRECOZ EN PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA

SANDRA AGUDO CABAÑAS

NATALIA MORAL MORAL

ÁLVARO LÓPEZ CORREDOR

1 Introducción

La artrosis de rodilla es una enfermedad degenerativa y de "desgaste" que se presenta con mayor frecuencia en personas de edad avanzada, pero que también puede ocurrir en personas más jóvenes debido a lesiones previas en la rodilla. El cartílago se desgasta gradualmente disminuyendo la protección de los huesos.

En algunos casos, el tratamiento conservador no es eficaz, y es necesario pasar al tratamiento quirúrgico.

La cirugía protésica en traumatología se refiere a sustituir o reemplazar una articulación dañada por una articulación artificial de metal y otros materiales que va a hacer la función de la articulación. Esta nueva rodilla artificial imita todas las características que tiene la rodilla nativa, por lo que va a permitir el movimiento previo, va a estabilizar la articulación al igual que hacían los ligamentos y va a ser capaz de transmitir el peso corporal en las actividades diarias.

La principal diferencia con la rodilla nativa es que carece de sensibilidad, por lo cual, el dolor derivado del desgaste articular desaparece. Tanto es así, que la

cirugía protésica de rodilla y cadera son uno de los mayores avances en la medicina del siglo XX en la calidad de vida ajustada a los años de vida.

Puesto que cada vez vivimos mas, la mejora en la duración y resultados de las prótesis articulares permiten a muchos pacientes llevar una vida activa e independiente, a pesar de haber padecido una artrosis que ha destruido su rodilla o su cadera.

En el caso de la rodilla, el principal motivo de daño irreversible y que lleva a necesitar una prótesis es la artrosis de rodilla. Esta enfermedad afecta a 1 de cada 5 personas en España, siendo cada vez más frecuente al aumentar la esperanza de vida.

Las prótesis pueden ser de varios tipos:

- Prótesis unicompartmental: se sustituye solamente una de las partes de la articulación, generalmente suele ser la medial.
- Prótesis total de rodilla: es la cirugía más habitual y en ella se sustituye todo el cartílago tanto de la tibia como del fémur. Generalmente cuando hablamos de prótesis de rodilla, solemos hablar de este tipo.

Generalmente, los pacientes sometidos a una PTR, necesitan de un programa de rehabilitación pre y post quirúrgico, pero es en esta última fase en la que vamos a basar nuestra revisión.

Generalmente, el programa de rehabilitación empieza cuando el paciente aún está ingresado. Si el postoperatorio en planta transcurre sin incidencias y con una satisfactoria evolución clínica y de la herida quirúrgica, los pacientes pueden volver a su casa $\frac{3}{4}$ días después de la cirugía, caminando con muletas.

2 Objetivos

- Determinar la eficacia de la fisioterapia intrahospitalaria tras una cirugía de prótesis total de rodilla en un paciente con gonartrosis.
- Describir qué técnicas son adecuadas para la rehabilitación precoz.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha 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, pEdro, Medline, y Scielo,

seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En 2008 Khan y col, realizaron un estudio en el que observaron 5 ensayos, con 619 participantes. Dos de ellos incluyeron pacientes hospitalizados, y tres pacientes con seguimiento domiciliario.

Los resultados que midieron fueron la limitación de la deficiencia y la actividad/función; el coste de los cuidados, duración de la estancia hospitalaria, utilización de servicios sanitarios y sociales, readmisión, tasas de mortalidad y carga del cuidador.

La atención multidisciplinaria domiciliaria mejoró la ganancia funcional, la calidad de vida y redujo la estancia hospitalaria a medio plazo.

También en 2008 Mockford y colaboradores publicaron un ensayo clínico con 150 participantes divididos en 2 grupos: uno de ellos recibió tratamiento durante su ingreso en el hospital mientras que el otro grupo no recibió ningún tratamiento fisioterápico. Ambos tuvieron pautas para realizar ejercicios a su vuelta a casa. Los resultados obtenidos fueron un mayor rango articular en los pacientes que recibieron tratamiento, pero éste se igualó alrededor de los 3 meses de la cirugía.

Encontramos un artículo de 2007, en el que Chimenti e Ingersol y sus colaboradores publicaron sus resultados. Compara los resultados funcionales de los pacientes derivados directamente a casa para realizar fisioterapia de aquellos derivados a una unidad de rehabilitación subaguda antes de darle el alta del hospital. Los resultados no mostraron diferencias significativas.

Aguado y colaboradores publicaron un estudio en el que 175 pacientes intervinieron en los que el grupo control recibió una infiltración con livopucaína y comenzó la deambulación inmediata; el grupo control comenzó la deambulación días después, tras la retirada del drenaje. Los resultados a los 6 meses mostraron que no hubo diferencias en cuanto a complicaciones ni balance muscular pero si había una diferencia en cuanto a la percepción del paciente en su estado general, la satisfacción del paciente y la duración media de la estancia hospitalaria así como la necesidad de analgésicos.

5 Discusión-Conclusión

Tras leer todos los artículos que hemos considerado relevantes, lo que se observa en los resultados es una mejoría en los pacientes que se beneficiaron de una fisioterapia precoz tras someterse a la cirugía, de la sensación subjetiva del paciente como bienestar, una mejor calidad de vida, puesto que pudieron retomar sus actividades de la vida diaria mucho antes que los pacientes que comenzaron la rehabilitación de forma ambulatoria o en casa varios días después.

Sin embargo, no se ha observado ningún artículo en el que pasado un tiempo(3/6 meses), marque diferencias en inflamación, isquemia, rango articular de la articulación entre los pacientes, obteniendo una funcionalidad similar en todos ellos.

6 Bibliografía

2. Flores Estrella C.P., Mendoza Zurita C.R., Pérez Redín L.N. (dir), Valoración de la funcionalidad de prótesis total de rodilla en pacientes operados en el servicio de traumatología del hospital Carlos Andrade Marín en el año 2011 a junio del 2012. [tesis doctoral en Internet] [Quito] Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2013
3. M.Bullock .<https://hipknee.aahks.org/revision-de-la-protesis-de-rodilla/>
4. Ackroyd CE. Medial compartment arthroplasty of the knee. J Bone Joint Surg 2003; 85 Suppl. B: 937-942.
5. Chimenti CE, Ingersoll G. Comparison of home health care physical therapy outcomes following total knee replacement with and without subacute rehabilitation. J. Geriatr Phys Ther 2007; 30: 102-108.
6. Khan F, Ng L, Gonzalez S, Hale T, Turner-Stokes L. Multidisciplinary rehabilitation programmes following joint replacement at the hip and knee in chronic arthropathy. Cochrane Database Syst Rev 2008; CD004957
7. Mockford B, Thompson N, Humphreys P, Beverland D. Does a standar outpatient physiotherapy regime improve the range of knee motion after primary total knee arthroplasty? J Arthroplasty 2008; 23:1110-1114
8. Aguado-Maestro, E. Cebrián-Rodríguez, et al. Implementation of a rapid recovery protocol in total knee arthroplasty. A randomized controlled trial. Rev Esp Cir Ortop Traumatol. 2022;66:T380-T38810.1016

Capítulo 340

EFECTIVIDAD DE LA PUNCIÓN SECA EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR EN LOS PUNTOS GATILLO DEL MASETERO

JORGE MARTÍN DÍAZ-GUERRA

CARLOS GÓMEZ DE OLMEDO CORONA

MARIO GARCÍA MARTÍN

LAURA DE PABLO MARTÍNEZ

SERGIO MARTÍNEZ GARCÍA

1 Introducción

El músculo masetero es un músculo grande y fuerte que se encuentra en la parte lateral de la cara, justo por delante del oído. Se origina en la superficie inferior del hueso temporal y se inserta en la superficie lateral de la mandíbula.

La principal función de la que se encarga el músculo masetero es la masticación, éste se contrae y relaja con el objetivo de cerrar y abrir la mandíbula durante el proceso de masticación. Aunque también contribuye a otras funciones como son: la deglución, la fonación y la estabilización de la mandíbula.

La tensión excesiva y los movimientos repetitivos a menudo suelen desembocar

en la formación de puntos gatillo en los maseteros, esta formación de los puntos gatillo genera sensibilidad local a la presión del músculo y dolor durante los movimientos de la mandíbula, este dolor también puede transferirse a regiones adyacentes, que varían en función de si el punto gatillo se encuentra en la fibras superficiales o profundas del masetero:

- + Dolor en el maxilar superior y maxilar inferior
- + Dolor de muelas
- + Dolor en la cara lateral de la mandíbula
- + Dolor de cabeza
- + Dolor sobre la ceja
- + Dolor en la articulación temporomandibular
- + Dolor de oído

Existen muchos factores que pueden llevar a la formación de puntos gatillo en el músculo masetero como: la sobrecarga crónica por la constante masticación de objetos, el bruxismo, el estrés, la adopción de posturas desfavorables de forma mantenida, extensión o estiramiento largo, los impactos de fuerza externa, infecciones o inflamaciones, cambios estructurales en la cavidad bucal...

Desde la fisioterapia se puede abordar el tratamiento de estos puntos gatillo de diversas formas: masoterapia, inhibición por presión, crioterapia local, punción seca...

2 Objetivos

Determinar la literatura científica existente sobre el tratamiento de los puntos gatillo miofasciales del músculo masetero mediante el uso de la punción seca.

Objetivar la eficacia del tratamiento del dolor generado por los puntos gatillo en el músculo masetero mediante el uso de punción seca.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta revisión, se procedió a realizar una búsqueda bibliográfica en la base de datos Google Académico. La búsqueda se realizó poniendo en el

buscador de esta base de datos lo siguiente: “punción seca en los puntos gatillo del masetero”. Una vez realizada la búsqueda obtuvimos 136 resultados, los cuales tuvimos que reducir, en primer lugar, para eliminar artículos que puedan estar desfasados, filtramos la búsqueda a aquellos artículos que hubiesen sido publicados en los últimos 5 años. Finalmente se redujo a 34 artículos, de los cuales eliminamos aquellos artículos duplicados y se revisó que estos cumplieren con los criterios de inclusión seleccionado, por lo que, al final se decidió mantener 2 artículos.

4 Resultados

El primer artículo analizado consistía en un ensayo clínico aleatorizado a ciego simple y pretendía comparar la eficacia de la punción seca superficial y la punción seca profunda en pacientes con trastornos en la articulación temporomandibular derivados de puntos gatillo del músculo masetero. En el ensayo se introdujeron 60 pacientes que fueron divididos en 3 grupos, el primer grupo se trataba del grupo control formado por 20 individuos sanos; en los otros 2 grupos los pacientes se asignaron a cada grupo de forma aleatoria de forma que 20 de ellos recibieran tratamiento con punción seca superficial y los otros 20 recibieran tratamiento con punción seca profunda. Se realizaron sesiones de punción seca del músculo masetero de los participantes de los 2 grupos de intervención una vez por semana durante 3 semanas, se les realizaron mediciones del dolor según la escala EVA antes del tratamiento, a las 3 semanas y a las 6 semanas. Las punciones del grupo de punción seca superficial se realizaron con una profundidad de 5 mm, mientras que las punciones realizadas en el grupo de punción seca profunda tuvieron una profundidad de al menos 10 mm. Como resultado se obtuvo que los pacientes de ambos grupos de intervención mostraron una reducción significativa de los niveles de dolor, pero, tanto en las mediciones realizadas a las 3 semanas como a las 6 semanas, el grupo que recibió tratamiento con punción seca superficial mostró una reducción del dolor significativamente mayor.

El segundo artículo analizado consistía en un ensayo clínico aleatorizado a doble ciego en el que lo que se pretendía era evaluar la eficacia de la punción seca profunda en el tratamiento del dolor, la movilidad y la fuerza de la mordida en los trastornos de la articulación temporomandibular mediante el control de la actividad del músculo masetero. En el ensayo se incluyeron un total de 36 pacientes con dolor miofascial por disfunción de la articulación temporomandibular, los pacientes fueron separados en 2 grupos: un grupo de intervención que recibió

tratamiento a través de punción seca profunda en 2 sesiones a la semana durante 4 semanas y un grupo placebo al cual se le realizó una simulación del tratamiento de punción seca profunda. Al final del estudio se observaron mejoras significativas en el grupo que recibió tratamiento con punción seca, siendo estas: una reducción significativa del dolor ocasionado por la disfunción temporomandibular, un aumento significativo de la fuerza de la mordida con respecto al grupo placebo y, por último, un aumento de la apertura máxima de la boca.

5 Discusión-Conclusión

Tras realizar un análisis de los resultados obtenidos en los artículos seleccionados sobre el tratamiento de los puntos gatillo activos del músculo masetero podemos concluir que: el uso de la punción seca es bastante efectivo en el tratamiento de dolor ocasionado por la formación de puntos gatillo en el músculo masetero, siendo más eficaz el tratamiento con punción seca superficial frente a la punción seca profunda.

No obstante, se puede afirmar que la punción seca en el músculo masetero además de reducir el dolor, también es eficaz en el aumento de la movilidad de la boca en aquellos pacientes con trastornos temporomandibulares ayudando a conseguir una mayor apertura máxima; esta reducción del dolor también contribuye a generar un aumento de la fuerza de la mordida en estos pacientes.

A pesar de la gran cantidad de documentación que existe sobre el tratamiento de los puntos gatillo miofasciales, se puede decir que se necesita realizar investigaciones en las que las muestras sean más homogéneas para determinar si existen diferencias en el tratamiento en función del sexo o la edad, así como para determinar la frecuencia de las sesiones y si aumenta su eficacia en combinación con otros tratamientos de fisioterapia.

6 Bibliografía

Özden MC PhD, Atalay B DDS, MSc, PhD, Özden AV DDS, PhD, Çankaya A DDS, PhD, Kolay E PhD, Yıldırım S DDS, PhD. Efficacy of dry needling in patients with myofascial temporomandibular disorders related to the masseter muscle. *Cranio*. 2020; 38(5):305–11.

DibZakkour J, FloresFraile J, MonteroMartin J, DibZakkour S, DibZaitun I. Evaluation of the effectiveness of dry needling in the treatment of myogenous tem-

poromandibular joint disorders. *Medicina (Kaunas)*. 2022; 58(2):256.

Capítulo 341

COMO INFLUYE POSITIVAMENTE LA FISIOTERAPIA DURANTE EL PROCESO DE POSTPARTO

CARMEN MARÍA GONZÁLEZ VIJANDE

1 Introducción

La fisioterapia es una rama relacionada con la salud, la cual se centra especialmente en atender y solventar problemas derivados con trastornos músculo-esqueléticos, neurológicos y cardiopulmonares entre otros. Existen una variedad de técnicas empleadas por los estos especialistas de la salud para ayudar a los pacientes a tener una mejor recuperación, reduciendo además el dolor y mejorando al máximo la movilidad durante el proceso de recuperación.

Estos trastornos mencionados no entiendes de edades y es por ello que pueden afectar de igual manera a toda la población.

Son las mujeres durante el proceso de postparto unas de las más afectadas en estos trastornos debido a los cambios, no solo físicos, sino también psicológicos, a los que están sometidas durante el proceso de embarazo y también dar a luz. Estos cambios pueden conllevar problemas sobre todo a nivel del suelo pélvico, problemas posturales, dolores musculares e incluso pueden llegar a derivar en problemas emocionales como puede ser la depresión.

Algunas de las herramientas que tienen en cuenta los profesionales implicados en la fisioterapia y que desempeñan un papel esencial en el trato directo con mujeres después del parto pueden ser la rehabilitación del suelo pélvico, manejo del dolor y tensión muscular, educación sobre los cuidados más importantes tras el parto, aprender a manejar la tensión muscular y por último, y no menos importante, ofrecer herramientas que ayuden a mejorar el estado emocional de la persona.

2 Objetivos

- Mostrar la importancia de la fisioterapia a nivel general, pero también centrada en mujeres durante el proceso de parto.
- Entender los cambios físicos y emocionales a los que están expuestas las mujeres en esta etapa, para así poder tratarlos y mejorarlos.
- Conocer las herramientas a las que acceden los profesionales para tratar dichos problemas.

3 Metodología

La información y los datos presentados en este trabajo se han recopilado mediante una revisión de la literatura científica extraída de las principales bases de datos médicas como PubMed y Medline. Se han consultado fuentes médicas y sitios web especializados en fisioterapia y salud materna.

4 Resultados

El periodo de parto es un proceso obligatorio por el que debe pasar una mujer tras dar a luz, este proceso viene acompañado de cambios físicos y emocionales muy duros, que de no saber afrontar pueden llegar a dar graves resultados a lo largo de la vida de la mujer. Es por esto que la fisioterapia juega un papel muy importante abordando estos problemas y poniendo soluciones que faciliten una rápida recuperación. Durante el periodo de parto las mujeres se ven sometidas a cambios importantes en su cuerpo, muchas veces estos no son fáciles de entender y es por ello que pueden llegar a afectar psicológicamente a la persona que enfrenta dicha situación. Los fisioterapeutas desempeñan aquí un papel muy importante para poder solventar los problemas que estas pacientes están atravesando.

Las herramientas utilizadas por estos profesionales sanitarios son muchas, por ejemplo, pueden utilizar terapias manuales para relajar la tensión muscular en las áreas más sensibles como pueden ser la espalda y el cuello, muchas veces los fisioterapeutas prescribirán a las pacientes ejercicios para poder mejorar y fortalecer las posturas y los músculos más afectados.

También aconsejan a las mujeres que acaban de dar a luz sobre un buen manejo con el bebé, ya que una mala praxis en la ergonomía puede derivar en problemas futuros muy graves.

El apoyo emocional es un punto clave a tratar y tener en cuenta, puesto que son muchas las veces que estas mujeres pueden padecer una depresión y deberán ser remitidas a profesionales de salud mental.

Es también muy importante la evaluación y el fortalecimiento del suelo pélvico debido a que si este músculo no se ejercita adecuadamente puede derivar en problemas futuros como podrían ser el prolapso o incluso la incontinencia urinaria.

5 Discusión-Conclusión

La fisioterapia juega un papel fundamental en los cuidados relacionados en el proceso de postparto. Los fisioterapeutas son profesionales sanitarios encargados de ayudar a este tipo de pacientes a conseguir una pronta recuperación y, sobre todo, a que durante este proceso ellas se sientan seguras tanto física como emocionalmente.

La atención que proporcionan estos profesionales a las mujeres en proceso de postparto siempre ha de ser personalizada, ya que debe adaptarse a las necesidades específicas de cada paciente y han de individualizarse en la mayoría de los casos.

Los fisioterapeutas necesitan ser capaces de identificar los problemas a los que está sometido cada paciente, para ello utilizan técnicas como la evaluación, el fortalecimiento y la educación.

6 Bibliografía

1. <https://www.hcmarbella.com/es/servicios/fisioterapia-y-rehabilitacion/que-es-la-fisioterapia/>.
2. <https://www.pelvicus.es/rehabilitacion-postparto/>
<https://www.elsevier.es/es-revista-fisioterapia-146-articulo-actuacion-del-fisioterapeuta-durante-gestacion-S0211563809001989>.

Capítulo 342

CASO CLÍNICO: TRATAMIENTO DEL BRUXISMO MEDIANTE PUNCIÓN SECA EN EL MUSCULO MASETERO EN UNA PACIENTE CON BRUXISMO

ÁLVARO LÓPEZ CASTELLANO

1 Introducción

El síndrome de dolor miofascial (SDM) se ha definido como el conjunto de signos y síntomas provocados por los puntos gatillos miofasciales (PGM), estos signos y síntomas son tanto sensoriales, como motores y autonómicos(1,2). La definición de un PGM es la de una zona hiperirritable situada en una banda tensa en fibras musculares esqueléticas, la zona anteriormente citada está asociada a un nódulo palpable hipersensible(2). Cuando nos referimos a la palabra nódulo habrá que entenderla como una zona más voluminosa, dura y tensa(1). Son focos dolorosos cuando se ejerce compresión, estiramiento o contracción, además de provocar dolor referido propio de cada PGM, disfunción motora y fenómenos autonómicos(1,2).

Los diferentes estudios realizados desde los inicios por la doctora Travell hasta la actualidad, defienden como una opción de tratamiento de los PGM las técnicas de fisioterapia invasivas. Estas técnicas se definieron en 2005 como el empleo del estímulo mecánico de una aguja con agente físico para el tratamiento del síndrome de dolor miofascial(3). También es importante aclarar que los PGM, son aquellos que se encuentran en cualquier parte del músculo, ya sea tejido contráctil, fascias, tendón o inserciones; pero, por otro lado, aparecen los puntos

gatillos no miofasciales (PGNM), estos se encontrarán en ligamentos, periostio, piel, cicatrices, cápsulas articulares, etc.(1). Grandes autores como Lewit y Gunn defienden el uso de la punción seca para el SDM(3).

Tan solo se hará referencia a la clasificación de PGM según el nivel de actividad clínica, la cual los dividen en PGM activos y PGM latentes. Cuando encontremos dolor referido de forma espontánea se tratará de un PGM activo. Ambos puntos gatillo producen acortamiento, debilidad, fatiga, descompensación entre agonista y antagonista, espasmo, dificultad para relajar y alteraciones de los patrones de actividad motora(1).

La punción seca presenta una evidencia tanto terapéutica como diagnóstica. Se ha demostrado que la punción seca profunda es más efectiva que la punción seca superficial, y dentro de las diferentes técnicas de punción profunda parece confirmarse que la forma más efectiva es la técnica de entradas y salidas rápidas de Hong(3). Demostraciones sugieren que la estimulación de bandas tensas en los PGM produciendo una respuesta de espasmo local (REL), es el factor más importante para la disminución del dolor(4).

La literatura describe unos criterios esenciales para el correcto diagnóstico por parte del fisioterapeuta de los PGM, los cuales son: existencia de una banda tensa palpable, al realizar presión hay dolor muy localizado, al presionar se recrea el dolor que el paciente tiene y aparece una limitación dolorosa al realizar estiramiento del músculo implicado(5).

Este caso clínico viene fomentado por la necesidad de más investigación epidemiológica sobre el dolor craneofascial (DCF). Se describe que esta dolencia afecta a un 17%-26% de la población general, llegándose a cronificar en un 11,7% de los casos. Se conoce que hay una mayor prevalencia y frecuencia en mujeres con una edad comprendida entre los 18-25 años y 56-65 años. Las áreas más frecuentes de expansión del DCF son alrededor de los ojos, alrededor de la región temporal, en la zona anterior a la oreja y en la articulación temporomandibular (ATM) y en sus alrededores, coincidiendo muchos de estos con la zona de dolor referido del músculo masetero(6).

Autores defienden que la punción seca profunda en PGM del masetero en personas con SDM y bruxismo, al cabo de una semana, hay una disminución del dolor, mejoría de la sensibilidad, mejoría de la apertura bucal y mejoría de alteraciones de la articulación temporomandibular(7).

El masetero es un músculo de forma rectangular multipenniforme, de características complejas y funcionalmente heterogéneas. Debido a la naturaleza multipenniforme del músculo y a la amplia distribución de placas motoras en la parte contráctil, los PGM pueden encontrarse en la parte central más carnosa o próximos a sus inserciones(6). En este caso clínico se utilizará la palpación para diagnosticar el PGM mediante la palpación, debida a la evidencia de su fiabilidad como herramienta diagnóstica(8).

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es:

- Observar la evolución de los PGM del masetero relacionados con el bruxismo, mediante el tratamiento de fisioterapia invasiva con la técnica de punción seca profunda.

El objetivo secundario de este trabajo es:

- Intentar proporcionar mayor evidencia a la punción seca.

3 Caso clínico

1. Anamnesis:

Mujer de 21 años, viene a sesión de fisioterapia debido a un dolor que refiere de cabeza bilateral en la región temporal, pitido de oído y dolor en la mandíbula. Es estudiante, está en la época de exámenes y trabajos, la mujer refiere que está muy agobiada. Cuando estudia lo hace muy tensa, hasta llegar alguna vez a tener dolor en la región anterior de las orejas con una intensidad muy alta, incapacitando el estudio. La mujer, durante la anamnesis, nos cuenta que cuando come bocadillos de pan o carne se cansa de masticar como si se quedara sin fuerzas y va apareciendo un dolor constante al masticar. A continuación, se le preguntó a la paciente si tenía diagnosticado alguna vez algún episodio de bruxismo, la paciente lo desconocía. Pero nos cuenta que lleva unas semanas levantándose con sensación de tensión en la boca.

La mujer no presenta patologías de relevancia clínica, no está tomando medicación ni está embarazada.

2. Exploración y valoración:

En la exploración física no aparecen hallazgos significativos a simple vista, refiriéndonos a grandes descompensaciones o malformaciones. En la valoración articular cervical se encontraron dolor y limitación al final de la rotación izquierda, no aparecieron signos significativos durante la rotación derecha, ni la extensión, ni en la flexión. También se valoró la apertura de la boca, donde desde el inicio ya aparecían molestias que se iban acentuando en la última mitad del recorrido articular, por otro lado, en la oclusión bucal resistida también apareció dolor.

A continuación se procedió a la palpación perpendicular de bandas tensas de las fibras musculares, buscando el punto más doloroso e intentando reproducir el dolor por el que la paciente viene a la consulta de fisioterapia. Se palparon diferentes músculos como masetero, temporal, trapecio superior, escalenos y esternocleidomastoideo (ECM). Sin embargo, tan solo se diagnosticaron PGM en temporal izquierdo, masetero izquierdo y ECM derecho.

Por lo tanto, se le ofreció a la paciente el documento de consentimiento informado por si en algún momento de la sesión fuese necesario utilizar la punción seca, y así, no interrumpir la fluidez del tratamiento, además de poder dar una mejor explicación a la paciente.

3. Tratamiento:

La intervención fisioterápica con la mujer tuvo un total de tres sesiones, espaciadas en el tiempo 72 horas, con una duración de 45 minutos. También fuimos evaluando el dolor con la escala visual analógica (EVA) y la escala de graduación numérica (EGN). Estas pruebas se realizaron pretratamiento, post-tratamiento y a las 48 horas (estas valoraciones incluidas en el tiempo de tratamiento). El tratamiento se orientó al tratamiento del SDM de estos músculos, mediante presiones deslizantes y presiones isquémicas del músculo temporal izquierdo y ECM derecho, y, por otro lado, punción seca profunda sobre el masetero. Cabe destacar que no se pudo realizar la punción seca sobre el temporal y ECM por reticencia de la paciente a realizar una técnica invasiva en esas regiones (“tan delicadas” refirió).

3.1. Primera intervención fisioterápica:

Lo primero que se hizo fue realizar una anamnesis, muy breve, buscando los datos más relevantes (anteriormente citados). A continuación, se llevó a cabo la exploración y la valoración donde se diagnosticaron PGM en los músculos temporal izquierdo, masetero izquierdo y ECM derecho. Tras esta palpación se observó significativamente la mayor cantidad de bandas tensas en el músculo masetero izquierdo. El resto de tiempo, hasta completar el tiempo de sesión, se realizaron

diferentes técnicas de fisioterapia conservadora para el SDM(9) y otras no conservadoras, como presiones deslizantes en ambos músculos, presiones isquémicas, estiramientos analíticos y estiramientos excéntricos de varios músculos próximos a los diagnosticados con SDM. Se realizó un tratamiento bilateral.

3.2. Segunda intervención fisioterápica:

A las 72 horas vuelve a la consulta nuestra paciente para proseguir con su tratamiento. Refiere que ha disminuido un poco el dolor constante de cabeza que presentaba, aunque sigue siendo muy incapacitante el dolor. Sigue con la presencia de un pitido en el odio izquierdo. En esta sesión la paciente nos cuenta que durante la mañana ha estado comiendo chicle y ha tenido que tirarlo porque ha empezado a dolerle la cara y en especial la ceja del lazo izquierdo. El tratamiento durante esta sesión consistió en presiones deslizantes, presiones isquémicas del temporal izquierdo y las mismas para el ECM más amasamiento (la paciente continuaba siendo reticente a la punción en la zona de la cabeza y del cuello). Para el tratamiento del masetero izquierdo se realizó punción seca profunda, colocando a la paciente en decúbito supino, rotando la cabeza hacia el lado derecho para así dejar más visible el masetero izquierdo, con unas agujas de 0.16 mm x 25 mm y teniendo precauciones con el paquete neurovascular, nervios de la rama temporofacial y la glándula parotídea accesoria(6). El PGM del masetero diagnosticado se encontraba en la región del vientre muscular, donde se produjo una clara Respuesta de Espasmo Local (REL) al realizar una fricción transversal a la banda tensa y lo mismo al introducir la aguja. La técnica que se utilizó fue la de entradas y salidas rápidas de Hong, hasta la tolerancia de la paciente. Destacamos como relevante que en esta sesión la mujer, tras el primer día en la anamnesis de conocer qué es el bruxismo, lo puso en conocimiento de su pajera y este mencionó que sí, que algunas veces le había escuchado mientras que dormía como apretaba la boca y chocaba los dientes, rechinándoles.

3.3. Tercera intervención fisioterápica:

A la tercera sesión, la paciente llega contenta y diciendo que ha notado una gran mejoría en sus dolores de cabeza, y sobre todo a la hora de comer cosas sólidas más contundentes, donde ahora no aparece esa fatiga muscular y dolor. El tratamiento en esta sesión irá enfocado en la misma línea de PGM. Esta vez se pincharon dos PGM de los vientres musculares del masetero hasta que la mujer no toleró más la punción y así se pudieron conseguir las máximas de REL, además de tratamiento conservador del temporal. Se enseñó a la paciente ejercicios de auto-tratamiento para relajar la musculatura del masetero. Nos dice que su pareja ahora le dice que está más pendiente si le “suenan los dientes” por la

noche, dice que continúa igual en este aspecto. El pitido de la oreja izquierda aparece de forma intermitente, hace referencia la mujer, sobre todo cuando lleva un rato comiendo o recién levantada.

3.4. La última intervención:

Se realizó a través de una llamada telefónica, a las 48 horas, donde la mujer informó que su dolor de cabeza, dolor al masticar y dolor al abrir la boca había desaparecido prácticamente. Estuvo dolorida hasta el día anterior de la llamada, pero que el mismo día de la llamada se había levantado casi con ninguna molestia. El pitido del oído había aparecido en algún momento del día, pero prácticamente eliminado.

3. Resultados:

En cada sesión se ha ido haciendo un seguimiento del dolor gracias a la fantástica colaboración de la paciente. En este apartado se reflejan los resultados mediante gráficas para plasmar los resultados de forma sencilla. Se observan grandes diferencias significativas entre como la paciente llega a consulta de fisioterapia la primera vez y las últimas palabras telefónicas con ella.

El dolor, de ser algo que interaccionaba negativamente en la vida diaria, pasó a ser casi inexistente.

4 Discusión-Conclusión

En este trabajo se ha mostrado el tratamiento de PGM del masetero a una mujer mediante técnicas invasivas, punción seca profunda, abordando el tratamiento desde la perspectiva del SDM(1,3,5,7). En este apartado cabe destacar que también el tratamiento conservador es útil para el tratamiento de PGM(9) relacionados con el músculo masetero, como han sido el músculo temporal y el músculo ECM. Pero como puede verse reflejado en la gráfica del apartado de resultados, aparece una mejoría significativa al realizar la primera punción del músculo masetero, bajando casi hasta dos puntos en ambas escalas que han valorado el dolor durante las intervenciones, sin embargo, no cabe duda que la mejoría significativa en cuanto al dolor (bajando más de 3 puntos de dolor desde el inicio), en cuanto a la apertura bucal completa sin dolor y respecto al tinitus, se produjo cuando se realizó la técnica de Hong de entradas y salidas rápidas hasta que la paciente no toleró más REL.

Para finalizar, cabe destacar que falta bastante evidencia de la relación de los PGM del músculo masetero con el bruxismo y dolores de cabeza, sería muy positivo fomentar este tipo de estudios para avanzar en la evidencia científica de la punción seca en el tratamiento del SDM, e indagar en este tema, que en la actualidad afecta a un gran porcentaje de la población.

5 Bibliografía

1. Mayoral del Moral O, Salvat SI, Ibarra MJ, Cuenca MJ. Capítulo 1: El síndrome de dolor miofascial y los puntos gatillo miofasciales. En: Mayoral MO, Salvat SI. Fisioterapia invasiva del síndrome de dolor miofascial, manual de punción de puntos gatillo. Madrid: Editorial Médica Panamerica; 2017. p.3-20.
2. Simons DG, Travell JG, Simons LS. Dolor y disfunción miofascial. El manual de los puntos gatillo. Mitad superior del cuerpo, 2ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2002.
3. Mayoral O. Fisioterapia invasiva del síndrome de dolor miofascial. Fisioterapia. 2005; 27(2):69-75.
4. Perreault T, Dunning J, Butts R. The local twitch response during trigger point dry needling: Is it necessary for successful outcomes?. Journal of Bodywork & Movement Therapies. 2017. [cited: 2018 diciembre 2]; 21:[about 7 p.].
5. Martínez Cuenca J, Pecos Martín D. Criterios diagnósticos y características clínicas de los puntos gatillo miofasciales. Fisioterapia. 2005;27(2):65-68.
6. La Touche Arbizu R, Mayoral O. Capítulo 14: Punción seca de músculos faciales y masticatorios. En: Mayoral O, Salvat SI. Fisioterapia invasiva del síndrome de dolor miofascial, manual de punción de puntos gatillo. Madrid: Editorial Médica Panamerica; 2017. p.209-217.
7. Blasco-Bonora PM, Martín-Pintado-Zugasti A. Effects of myofascial trigger point dry needling in patients with sleep bruxism and temporomandibular disorders. Acupunct Med. 2017;35:69-74.
8. Bron C, Franssen J, Wensing M. Interrater reliability of palpation of miofascial trigger points in three shoulders muscles. The Journal of Manual & Manipulative Therapy. 2007; 15(4):203-215.
9. Mayoral O, Romay H. Fisioterapia conservadora del síndrome de dolor miofascial. Iberoamericana. 2005;8(1):11-16.

Capítulo 343

FISIOTERAPIA EN LA TENDINOPATÍA LATERAL DE CODO: A PROPÓSITO DE UN CASO

SANDRA FERRER MARÍN

1 Introducción

La tendinopatía lateral de codo es la causa más común de dolor lateral del codo. A menudo se desarrolla como una afección relacionada con el trabajo y, por lo tanto, constituye un importante problema de salud pública.

El riesgo es mayor en trabajadores manuales y en trabajadores cuyo trabajo requiere movimientos repetitivos o habilidades motoras finas. Los factores degenerativos también contribuyen a su desarrollo.

También es conocida como epicondilalgia lateral, epicondilosis lateral y/o epicondilitis lateral, los cuales son términos de diagnóstico clínico inapropiados debido a factores etiológicos, anatómicos y fisiopatológicos. Por tanto, la tendinopatía lateral del codo es el término diagnóstico clínico más apropiado.

Los principales cambios patológicos ocurren dentro del origen músculo-tendinoso proximal del extensor radial corto del carpo (ERCC). El ERCC es un componente del origen extensor común, que incluye los tendones del extensor radial largo del carpo (ERLC), el extensor común de los dedos (ECD) y el extensor cubital del carpo (ECC). La inserción proximal del tendón extensor se produce a lo largo de la pendiente anterior del epicóndilo lateral del húmero distal.

La tendinopatía lateral de codo se puede diagnosticar cuando un paciente se queja de dolor lateral del codo, que empeora con las actividades que requieren exten-

sión de la muñeca. También notan rigidez por la mañana y después de períodos de disminución de la actividad del codo. Relatan síntomas de un dolor sordo que puede durar todo el día. Ocasionalmente, los pacientes pueden identificar un evento o lesión específica que inició sus síntomas.

No obstante, es necesario descartar otras causas de dolor en dicha región. Patrones de dolor similares pueden ser causados por síntomas referidos a la cara lateral del codo debido a una compresión de la raíz nerviosa cervical C6-C7, atrapamiento del nervio interóseo posterior, pinzamiento posterior con osteofitos del olécranon u osteoartritis radiocapitelar.

Se han propuesto una gran cantidad de técnicas de fisioterapia en el tratamiento de la tendinopatía lateral de codo. El programa de ejercicios es el tratamiento más común en el manejo de esta patología, pero cabe mencionar que esta efectividad es baja cuando se aplica como monoterapia. Por ello, el programa de ejercicios se combina con otras modalidades de fisioterapia como técnicas de tejidos blandos, soporte externo, acupuntura, terapia manual y electroterapia. Sus objetivos son:

1. A corto plazo:

- Mejorar la tolerancia al dolor lateral de codo
- Reducir el miedo al movimiento
- Mejorar el rango articular
- Devolver la función al miembro superior derecho

2. A largo plazo:

- Llevar a cabo actividades de mayor intensidad

2 Objetivos

Exponer los métodos y técnicas de fisioterapia en la tendinopatía lateral de codo.

3 Caso clínico

Paciente que acude al centro de fisioterapia tras ser diagnosticado por su médico de una tendinopatía lateral de codo derecho.

1. Anamnesis:

Varón de 48 años de edad. Profesionalmente, se dedica a la carpintería. Juega al tenis dos días por semana. Corre un día a la semana.

Desde hace dos meses, aproximadamente, refiere dolor en la zona lateral del codo derecho, que le dificulta desempeñar su actividad laboral y jugar al tenis.

A veces, también ha notado falta de fuerza a la hora de extender la muñeca. Como factores agravantes, destacan los movimientos repetitivos con el miembro superior derecho y coger objetos pesados. Como factores de alivio, mejora el dolor al colocarse frío. En cuanto al dolor, en reposo presenta una EVA 2/10, y en el momento más álgido, una EVA 7/10.

2. Antecedentes médicos:

Hipertensión arterial. Migrañas. Hemorroides. No presenta reacciones alérgicas medicamentosas ni ha sido intervenido quirúrgicamente.

3. Exploración clínica:

El diagnóstico se basa esencialmente en un examen clínico que tiene como objetivo provocar dolor en el tendón afectado.

Utilizamos varios tests: a) Prueba de la silla o chair test: Se pide al paciente que levante una silla; durante esta acción el brazo debe estar en extensión y el antebrazo en pronación. La aparición o el aumento de las molestias en el epicóndilo lateral y en la musculatura extensora del antebrazo indican tendinopatía lateral de codo. b) Prueba de Thomson: Se le pide al paciente que con la mano en ligera extensión dorsal, cierre el puño con fuerza y extienda el codo. Con una mano, el examinador fija la articulación de la muñeca del paciente por la cara ventral, mientras con la otra sujeta el puño. El paciente debe continuar la extensión de la mano venciendo la oposición del examinador, quien intenta hacer presión para flexionar el puño (en posición de extensión dorsal) venciendo la oposición del enfermo. La aparición de dolor intenso en el epicóndilo lateral y en la parte radial de la musculatura extensora es muy indicativa de tendinopatía lateral de codo. c) Prueba de Mill's: El paciente se encuentra sentado y el examinador de pie al lado de este. Con la mano distal, el examinador pronara el antebrazo y flexiona los dedos y la muñeca del paciente, llevando el hombro en rotación interna hasta la horizontal. La mano proximal asegura con el pulgar la extensión del codo, necesaria para el estiramiento de la musculatura epicondilea. La aparición de dolor a lo largo de la región epicondilea es un hallazgo positivo que indica inflamación de los tendones de la zona.

El paciente reproduce su dolor en todos los tests.

En cuanto a la valoración de la movilidad activa del miembro superior derecho, está conservada en todos los movimientos, aunque presenta ligera limitación articular a final de rango del movimiento de extensión de muñeca (75° medidos con goniómetro). La movilidad pasiva está conservada.

También llevamos a cabo una exploración neurodinámica mediante el Slump test y el test neurodinámico del nervio radial, siendo ambos negativos, por lo que descartamos un problema neural como origen del dolor.

Seguidamente, procedemos a realizar una valoración más general del paciente, donde percibimos rigidez a nivel de la columna cervical baja y de la columna torácica alta. El paciente también ha referido dolor a la palpación de los músculos escalenos, esternocleidomastoideo, ERCC y ECD derechos.

4. Tratamiento:

- Educación del paciente:

Le proporcionamos al paciente instrucciones para evitar actividades que provoquen dolor (p. ej., no levantar objetos con el antebrazo en pronación) y el asesoramiento ergonómico para centrarse en minimizar las tareas laborales que requieren posturas desviadas de la muñeca, esfuerzos enérgicos y movimientos altamente repetitivos. Le explicamos que debe reintroducir gradualmente tareas más extenuantes y reducir la carga del tendón si se experimenta una recurrencia. (8) Además, es importante que el paciente sepa que es un proceso lento de resolver.

- Terapia manual articular:

Tanto de columna cervical, columna dorsal y cintura escapular, como de codo y muñeca, mediante movilizaciones articulares, movilizaciones Maitland, movilizaciones con movimiento de Mulligan y la técnica craneosacral llamada "terapia manual de energía oscilante", generando una mejora significativamente mayor en la intensidad del dolor. También resultan efectivos los deslizamientos postero-anteriores del escafoides de la mano.

- Manipulación cervical

- Masoterapia en la región del antebrazo y en musculatura sensible

- Ondas de choque en el epicóndilo lateral (a 15 Hz, 1,4-1,6 bar y 1500 pulsos) y en los músculos extensores (a 21 Hz, 1,8 bar y 2000 pulsos)

- Láser: 904 nm y dosis de 0,5 a 7,2 julios, generando una mejora significativa en el alivio del dolor (5)

- Acupuntura, la cual puede ser más eficaz que el placebo para aliviar el dolor y mejorar la función al final del tratamiento

- Técnicas de vendaje, como el kinesiotaping

- Trabajo activo de la columna cervical, escapular y gleno-humeral, puesto que el entrenamiento de los músculos del hombro y la escápula es más eficaz para mejorar el dolor y las capacidades funcionales de los pacientes con esta patología.

- Trabajo activo de la musculatura epicondilea: los ejercicios isométricos de los músculos extensores de la muñeca tienen un papel importante en muchas activi-

dades, basándose en su función estabilizadora de la muñeca y generan un gran efecto analgésico (contracciones isométricas suaves e indoloras de 30 a 60 segundos de duración, realizadas diariamente, con la muñeca en 20° a 30° de extensión de la muñeca y el codo en 90° de flexión).

Cuando ha disminuido el dolor, se recomiendan ejercicios excéntricos una vez al día (3 series de 10 repeticiones) durante seis semanas y después de seis semanas, los pacientes realizan tres veces por semana durante seis semanas más 3 series de 10 repeticiones.

- Estiramientos de la musculatura epicondilea
- Crioterapia al final de los ejercicios

El paciente recibió un total de 12 sesiones (2 sesiones semanales durante 6 semanas). Tras finalizar las sesiones, el paciente refería una notable disminución del dolor lateral de codo, presentando una EVA de 0/10 en reposo y una EVA de 3/10 cuando llevaba a cabo actividades que comprometían la musculatura afectada. Además, al realizar de nuevo la prueba de la silla, la prueba de Thomson y la prueba de Mill's, el paciente refería mucho menos dolor que durante la valoración previa al tratamiento.

También había mejorado el rango articular extensión de muñeca (85° medidos con goniómetro) y ya no presentaba dolor a la palpación de los músculos escalenos y esternocleidomastoideo derecho, aunque continuaba con molestias en la palpación de los músculos ERCC y ECD derechos, pero con menos dolor.

4 Discusión-Conclusión

Tras los resultados obtenidos en este caso clínico, podemos concluir que el tratamiento de primera línea en la tendinopatía lateral de codo es la fisioterapia, que incluye tanto tratamientos pasivos para disminuir el dolor, como tratamientos activos por parte del paciente, para conseguir una musculatura fuerte que sea capaz de soportar las cargas a las que se somete a la articulación.

Según la bibliografía, si este tratamiento de primera línea fallase, se podría administrar una inyección de PRP y, como última opción, se podría considerar la cirugía en pacientes que no respondiesen al tratamiento no quirúrgico o tuviesen síntomas muy prolongados.

5 Bibliografía

1. Lenoir H, Mares O, Carlierc Y. Management of lateral epicondylitis. 2019; 105(8): 241-246.
2. Peters DOB T, L.Baker Jr C. Lateral epicondylitis. 2005; 20(3): 549-563.
3. Dimitrios S. Lateral elbow tendinopathy: evidence of physiotherapy management. 2016; 7(8): 463-466.
4. Landesa-Piñeiro L, Leirós-Rodríguez R. Physiotherapy treatment of lateral epicondylitis: A systematic review. Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation. 2022; 35: 463–477.
5. Bisset LM, Vicenzino B. Physiotherapy management of lateral epicondylalgia. J Physiother. 2015; 61(4): 174-81.
6. Cho YT, Hsu WY, Lin LF, Lin YN. Kinesio taping reduces elbow pain during resisted wrist extension in patients with chronic lateral epicondylitis: a randomized, double-blinded, cross-over study. BMC Musculoskelet Disord. 2018; 19: 193.
7. Mostafae N, Divandari A, Negahban H, Kachooei AR, Moradi A, Ebrahimzadeh MH, Tabesh H, Daghighi M. Shoulder and scapula muscle training plus conventional physiotherapy versus conventional physiotherapy only: a randomized controlled trial of patients with lateral elbow tendinopathy. Physiotherapy Theory and Practice>An International Journal of Physical Therapy. 2022;38(9):1153-64.
8. Coombes BK, Bisset L, Bisset LM. Management of Lateral Elbow Tendinopathy: One Size Does Not Fit All. Journal of Orthopedic & Sports Physical Therapy.2015; 41(11):938-49.

Capítulo 344

TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO TRAS UNA LUXACIÓN ACROMIOCLAVICULAR IZQUIERDA ROCKWOOD TIPO II EN UN JUGADOR DE RUGBY

SANDRA FERRER MARÍN

1 Introducción

La articulación acromioclavicular es una articulación diartrodial formada por la clavícula distal y la escápula (acromion). Las superficies articulares opuestas están cubiertas de cartílago hialino y hay un disco fibrocartilaginoso intraarticular que sufre una rápida degeneración entre la segunda y cuarta década de la vida y varía en tamaño, forma y plenitud. La articulación acromioclavicular sirve como vínculo entre la cintura escapular y el esqueleto axial y facilita tanto el movimiento de deslizamiento como el de rotación. Más específicamente, sirve como vínculo de coordinación entre las articulaciones escapulotorácica, glenohumeral y esternoclavicular y permite el movimiento fisiológico. La estabilización de la articulación acromioclavicular se logra mediante contribuciones dinámicas y estáticas. Las estructuras anatómicas importantes que proporcionan estabilización estática a la articulación incluyen la cápsula articular y el complejo de ligamentos acromioclavicular y coracoclavicular.

Las luxaciones acromioclaviculares son lesiones frecuentes que afectan a la cintura escapular, sobre todo en pacientes jóvenes durante la práctica deportiva.

Representan aproximadamente el 12% del total de las lesiones de la cintura escapular en la población general y el 8% del total de las luxaciones del cuerpo.

Existen 2 mecanismos de producción: mediante una fuerza directa o mediante fuerzas indirectas.

- Fuerza directa:

Es el mecanismo de producción más frecuente. Aparece al sufrir el paciente una caída con traumatismo directo sobre la región lateral del hombro mientras mantiene el brazo ipsilateral en aducción. La aplicación de esta fuerza directa sobre la región lateral y dorsal del acromion empuja a este último en dirección medial e inferior, produciendo la lesión de los ligamentos acromioclaviculares y coracoclaviculares según la intensidad de la fuerza. La aplicación de una gran fuerza directa sobre el dorso de la clavícula distal y con dirección inferior mientras el brazo se encuentra en abducción y la escápula en retracción puede provocar la luxación subcoracoidea de la clavícula, constituyendo el tipo VI de Rockwood, que es extremadamente raro.

- Fuerza indirecta: una fuerza resultante de una caída con la mano en extensión dirige la cabeza humeral contra el acromion, elevándolo y pudiendo provocar diferentes grados de lesión en el ligamento acromioclavicular según la intensidad de la fuerza, pero rara vez en los ligamentos coracoclaviculares. También se puede lesionar la articulación acromioclavicular por un mecanismo de tracción aplicado sobre el miembro superior, aunque este mecanismo es excepcional.

Se debe, pues, tener en cuenta el mecanismo de producción, ya que ayuda sobremanera a establecer un posible diagnóstico, apoyado en pruebas de imagen.

En 1984, Rockwood, desarrolló la clasificación de las luxaciones acromioclaviculares más aceptada y que está vigente hoy en día:

- Tipo I: esguince o desgarro parcial del ligamento acromioclavicular. Sin evidencia clínica o radiográfica de inestabilidad articular o lesión del ligamento coracoclavicular.

- Tipo II: desgarro completo del ligamento acromioclavicular, con solo un esguince o un desgarro parcial de los ligamentos coracoclaviculares. Los ligamentos coracoclaviculares intactos previenen la depresión acromial drástica y ayudan a mantener la relación normal de la articulación, por lo que identificar estas lesiones radiológicamente puede ser un desafío. La rotura completa de los ligamentos acromioclaviculares puede provocar inestabilidad horizontal.

- Tipo III: lesión de los ligamentos acromioclaviculares y coracoclaviculares con lesión de fascia de músculos deltoides y trapecio de la clavícula distal, lo que provoca un aumento del espacio coracoclavicular entre un 25% y un 100% mayor al del hombro sano

- Tipo IV: se caracteriza por un desplazamiento posterior del tercio distal de la clavícula a través del trapecio
- Tipo V: presenta las mismas características anatómicas que el tipo III, salvo que en el tipo V, la fascia de deltoides y trapecio se encuentra desinsertada, y la clavícula, con un desplazamiento superior de entre el 100 y el 300% del espacio coracoclavicular del hombro sano
- Tipo VI: desplazamiento inferior de la clavícula que permanece bajo el acromion (variante subacromial) o bajo la coracoides (variante subcoracoidea). La variante subacromial normalmente mantiene íntegros los ligamentos coracoclaviculares, mientras que existe lesión completa de los mismos en la variante subcoracoidea.

Existe un consenso generalizado para realizar tratamiento conservador en las lesiones acromioclaviculares más leves (Rockwood I y II) y tratamiento quirúrgico en las más graves (Rockwood IV, V y VI), siendo el más controvertido el tratamiento de las lesiones tipo III.

El tratamiento de elección para las lesiones acromioclaviculares tipo II de Rockwood tampoco es quirúrgico, mediante inmovilización con cabestrillo durante un período breve de tiempo, asociando tratamiento sintomático. Tras este período breve de inmovilización, se debe comenzar un proceso de rehabilitación con especial atención a la cadena espinoescapulohumeral, con la finalidad de estabilizar la escápula y evitar la aparición de una discinesia escapulotorácica, que es una de las causas de fracaso del tratamiento conservador.

Los objetivos del tratamiento son:

1. A corto plazo:
 - Reducir el dolor.
 - Ganar movilidad articular.
 - Mejorar la fuerza muscular.
 - Aumentar la estabilidad articular.
2. A largo plazo:
 - Readaptación deportiva.

2 Objetivos

Exponer los métodos y técnicas del tratamiento fisioterápico tras una luxación acromioclavicular izquierda rockwood tipo II.

3 Caso clínico

Paciente que es derivado al servicio de fisioterapia tras ser diagnosticado por su médico traumatólogo de una luxación acromioclavicular izquierda Rockwood tipo II.

1. Anamnesis:

Varón de 21 años de edad. Estudiante. Deportista federado de rugby.

Durante un partido de rugby, cayó y se golpeó el hombro izquierdo contra el suelo. Acudió al médico, le realizaron radiografías y le diagnosticaron luxación acromioclavicular izquierda Rockwood tipo II.

Le pautaron llevar cabestrillo en el brazo izquierdo durante tres semanas e iniciar rehabilitación.

Tras estas tres semanas, el paciente se ha retirado el cabestrillo y acude al servicio de rehabilitación para iniciar las sesiones de fisioterapia.

2. Antecedentes médicos:

Amigdalectomía

3. Exploración:

Procedemos a valorar al paciente.

En cuanto a la observación, observamos el signo de la tecla en el hombro izquierdo, estando dicho hombro descendido, con una disminución de volumen del deltoides izquierdo. En una visión lateral, destaca una antepulsión del hombro izquierdo, con la cabeza anteriorizada y la cabeza humeral descendida.

En cuanto a la palpación, presenta dolor a punta de dedo en la articulación acromioclavicular izquierda, hipotono en el pectoral mayor, deltoides, bíceps y tríceps izquierdos. Hipertono en el trapecio izquierdo.

Refiere sensación de sobrecarga en el pectoral izquierdo y sensación de pesadez en el brazo izquierdo.

En cuanto al comportamiento del dolor, presenta un dolor 2/10 EVA en reposo, que aumenta a un dolor 6/10 EVA al flexionar activamente el brazo izquierdo. También nos indica que no puede acostarse sobre el brazo izquierdo porque le genera mucho dolor.

A continuación, valoramos la movilidad activa del hombro izquierdo del paciente, que presenta limitación articular en los movimientos de flexión (120°), extensión (30°) y abducción (100°). Correcta movilidad articular en cuanto a la rotación interna y externa.

A nivel muscular, presenta una debilidad global en el miembro superior izquierdo

según la escala de Daniels: deltoides 2/5, bíceps braquial 3+/5 y tríceps braquial 3+/5.

4. Tratamiento:

- Educación y corrección postural:

Evitar desviaciones del raquis y la elevación del muñón del hombro.

- Electroterapia:

La combinación de US y TENS o la aplicación de láser de alta intensidad son útiles en la mejoría del dolor

- Terapia manual:

Masoterapia antiálgica de la musculatura cervical, esternocleidomastoideo, romboides, deltoides, subescapular, trapecio, pectorales, bíceps braquial y tríceps braquial izquierdos.

- Trabajo de movilidad pasiva:

La fisioterapeuta moviliza suavemente y sin generar dolor el hombro izquierdo del paciente en todos los planos de movilidad, estando el paciente en decúbito supino, incidiendo en los movimientos que están más limitados en la movilidad activa. También moviliza la clavícula y la escápula.

- Trabajo de movilidad activa:

Los ejercicios realizados en cadena cinética cerrada (aquellos donde la parte distal del miembro está fija) con soporte del miembro superior protegen más la articulación y activan menos la musculatura que los realizados sin apoyo. Se recomienda comenzar con ejercicios activos en la superficie plana de una mesa, pudiendo aumentar progresivamente la inclinación del plano de la misma. En esta evolución se puede terminar realizando «deslizamientos en pared» donde además se consigue la activación del serrato anterior, del tronco y del manguito de los rotadores. En esta fase se pueden añadir ejercicios autoasistidos de flexión en decúbito supino y automovilизaciones asistidas con poleas con el objetivo de ganar rango de flexión.

Cabe destacar la importancia de practicar los movimientos activos delante de un espejo para aumentar la consciencia postural y no elevar el hombro durante los movimientos.

Tampoco debemos olvidar la importancia de la movilidad activa cervical en flexión, extensión, lateralizaciones y rotaciones, así como la movilidad activa de articulaciones como el codo, muñeca y mano.

- Trabajo de fortalecimiento muscular isométrico:

Potenciación isométrica de los movimientos de flexión, extensión, abducción, aducción, rotación externa y rotación interna del hombro izquierdo con ayuda de una pelota de gomaespuma. Otro ejemplo podría ser el ejercicio de “remo

bajo” (colocándose el paciente de espaldas a una superficie fija y que realice una extensión de hombro y tronco con retracción y depresión de escápula).

- Trabajo de fortalecimiento muscular isotónico:

Potenciación concéntrica de bíceps braquial, tríceps braquial y romboides izquierdos con la ayuda de pesas.

Si la tolerancia es buena, podemos añadir ejercicios resistidos de remo con polea o resistencia elástica con Therabands en diferentes posiciones, así como pulsiones en posición de sedestación (se inicia el ejercicio pidiéndole al paciente que realice una retracción y elevación escapular para después realizar una retracción y depresión escapular mientras se propulsa hacia arriba con los miembros superiores apoyados en la camilla).

Continuamos, además, con la potenciación muscular de las articulaciones del codo, muñeca y mano.

- Trabajo de estabilidad articular:

Las luxaciones acromioclaviculares asocian con elevada frecuencia una discinesia escapular. Los ejercicios escapulares van a ser fundamentales para corregir estas alteraciones y proporcionar estabilidad dinámica a la articulación.

Ejemplos: Con la mano apoyada en una superficie eliminando el peso del miembro superior realizamos movimientos de elevación y depresión de la escápula (las 12 y las 6 del reloj), así como retracción y proyección escapular (a las 9 y a las 3 del reloj).

Otro ejercicio consiste en que el paciente se coloque en bipedestación con las manos apoyadas en la pared y realice los movimientos de proyección, retracción, elevación y retracción, depresión y retracción, rotación interna y elevación y rotación externa y depresión.

- Vendaje: Vendaje descendiendo la clavícula contra el acromion con kinesiotape, situando las tiras en forma de aspa para ayudar a aproximar el acromion a la clavícula, cuyo objetivo es ayudar a cicatrizar el ligamento y disminuir el signo de la tecla.

- Crioterapia: al final de la sesión.

El paciente recibió un total de 9 sesiones (3 sesiones semanales durante 3 semanas). Tras finalizar las sesiones, el paciente presentaba una EVA de 0/10 tanto en reposo como durante el movimiento activo. Había recuperado toda la movilidad activa en los movimientos de flexión (180°), extensión (45°) y abducción (180°) y la fuerza había mejorado notablemente según la escala de Daniels: deltoides 4+/5, bíceps braquial 5/5 y tríceps braquial 5/5.

Una vez mejorada tanto la clínica como la funcionalidad del brazo izquierdo del paciente y tras la autorización de su traumatólogo, consideramos adecuado

derivar al paciente al preparador físico de su equipo para iniciar de forma conjunta la readaptación.

4 Discusión-Conclusión

Después de sufrir una luxación de la articulación acromioclavicular, los pacientes experimentan dolor y limitación funcional y, además, tienen un alto riesgo de sufrir luxaciones en el futuro. La aplicación de técnicas de fisioterapia, tienen como objetivo conseguir de nuevo un hombro funcional e indoloro y reducir las probabilidades de una nueva luxación, mediante el uso de electroterapia, vendajes, cinesiterapia pasiva y activa, ejercicios de potenciación muscular y ejercicios de estabilidad.

En este caso clínico, pudimos comprobar la eficacia de las técnicas de fisioterapia empleadas y el cumplimiento del trabajo activo llevado a cabo por el paciente, para su total recuperación y, con ello, su vuelta de nuevo al deporte para continuar compitiendo.

5 Bibliografía

1. Santos Moros M, Ávila Lafuente JL, Jacobo Edo Ó, Del Olmo Hernández T, García Rodríguez C, García-Polín López C. Inestabilidad acromioclavicular aguda: epidemiología, historia natural e indicaciones cirugía. *Revista española de artroscopia y cirugía articular*. 2015;22(1):18-23.
2. Nolte P, Lacheta L, Dekker T, Elrick B, Millett P. Optimal management of acromioclavicular dislocation: current perspectives. *Orthop Res Rev*. 2020; 12: 27-44.
3. Monica J, Vredenburgh Z, Korsh J, Gatt C. Acute shoulder injuries in adults. *Am Fam Physician*. 2016;94(2):119-127.
4. Liew Z, Mazuquin B, Ellard DR, Karasouli E, Drew S, Modi C, Bush H, Underwood M, Kearney R. Development of a single-session physiotherapy and self-management intervention for the treatment of primary traumatic anterior shoulder dislocation for the 'Acute Rehabilitation following Traumatic anterior shoulder dislocation (ARTISAN)' multi centre RCT. *Physiotherapy*. 2021; 113: 80-87.
5. Lahti A, Andernord D, Karlsson J, Samuelsson K. Axelluxation. *Lakartidningen*. 2016;113.

Capítulo 345

ABORDAJE INTEGRAL EN EL DOLOR DEL MIEMBRO FANTASMA: ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA EN AMPUTADOS

CÉSAR FRANCISCO VERDEJO

MARÍA FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ

1 Introducción

Una amputación es la pérdida de una extremidad o parte de ella debido a causas traumáticas, congénitas o secundarias a otras afecciones: diabetes, enfermedad cardiovascular, procesos infecciosos o tumores.

Una de las complicaciones más habituales que aparece en las amputaciones (con una incidencia del 85%) es el dolor del miembro fantasma. Descrito por primera vez en 1552 por Ambroise Paré (padre de la cirugía moderna), este se define como la presencia de sensaciones dolorosas constantes (quemazón) o de corta duración e intensas (calambres) en la extremidad amputada, independientemente de las causas y a excepción de las congénitas. Se clasifica como dolor neuropático y su etiología se debe tanto a la lesión de los nervios periféricos como a la plasticidad espinal y la reorganización cortical.

Si no se trata adecuadamente, este dolor se puede cronificar evolucionando hacia el referido “Síndrome del dolor fantasma” que afecta en gran medida al paciente, provocando un fuerte impacto en su calidad de vida.

Se estima que el 75% de las amputaciones corresponden a MMII siendo más prevalente en el sexo masculino. La OMS estima que entre el 50% y el 70% son originadas por problemas vasculares. Siendo las enfermedades cardiovasculares la más frecuente entre la población en la actualidad, es importante dirigir las investigaciones hacia el abordaje de los problemas asociados y que son, como en este caso, elementos muy incapacitantes.

El dolor del miembro fantasma puede aparecer tras los primeros momentos posteriores a la amputación, es por ese motivo que esta alteración será valorada, tratada y controlada por los profesionales de enfermería durante el proceso hospitalario y domiciliario y por los profesionales de fisioterapia durante el largo proceso que constituirá su rehabilitación y readaptación.

2 Objetivos

- Exponer los diferentes medios y técnicas para el tratamiento del dolor del miembro fantasma.
- Analizar la eficacia que los tratamientos actuales ofrecen relacionados con el aumento de la calidad de vida
- Destacar la importancia del abordaje interdisciplinar en el tratamiento de amputados, especialmente de enfermería y fisioterapia.

3 Metodología

En este capítulo se ha realizado una investigación cuyo diseño de estudio corresponde al de una Revisión de la literatura científica existente. Para su elaboración, se llevaron a cabo numerosas búsquedas de artículos publicados a través de las principales plataformas y bases de datos, tales como PubMed, Scielo, Biblioteca Virtual de la Salud, EBSCO y Google académico.

4 Resultados

En la actualidad encontramos diferentes alternativas terapéuticas que se combinan entre ellas con frecuencia para disminuir, controlar y eliminar el dolor del miembro fantasma, estos son:

1. Tratamiento farmacológico:

- Opioides: Destaca la morfina. Su efecto es a corto plazo y en ocasiones produce efectos secundarios como alteraciones gastrointestinales, cansancio o mareos.

- Anticonvulsivos: Destaca la gabapentina. Indicada en pacientes con síndrome de miembro fantasma. Su efecto tiene una duración de 6 semanas aproximadamente.
- Antidepresivos: El más utilizado para este fin es la amitriptilina, pero existe controversia científica sobre su eficacia.
- Anestésicos locales: Los más frecuentes son la bupicaína al 0,25%, la lidocaína al 2% y la ropicaína. Su administración es subcutánea y se realiza en la consulta de enfermería bajo condiciones de asepsia. Tienen alta eficacia en combinación con el tratamiento rehabilitador.

2. Estimulación magnética transcraneal:

Es un procedimiento que induce campos magnéticos en el cerebro a través de una bobina colocada en la cabeza. Se realiza con el fin de estimular las células nerviosas del SNC para disminuir su irritabilidad o respuesta excesiva que genera el dolor neuropático.

La evidencia científica demuestra una alta eficacia en pacientes jóvenes y muestra la necesidad sobre el efecto de esta técnica dependiendo de las características y los factores del paciente.

3. Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS):

Es una de las técnicas de fisioterapia que se enmarcan en el ámbito de la electroterapia. Consiste en la aplicación de una corriente de bajo voltaje en la piel a través de unos electrodos. No presenta efectos secundarios. Su eficacia sobre el dolor depende de la frecuencia e intensidad a la que se aplique el procedimiento, por este motivo es fundamental la personalización de las sesiones. Se recomienda como recurso de control del dolor.

4. Terapia espejo:

Es una alternativa de rehabilitación muy investigada durante las últimas décadas. Fue descrita por Ramachandran en los años 90 para combatir los cambios neuroplásticos que se producen en la corteza cerebral tras una amputación. El alivio del dolor se produce por la coordinación de la retroalimentación entre aferencias sensitivas (visuales) y eferencias motoras (dolor) que produce la utilización de un espejo reflejando el lado sano colocado en el lugar de la amputación. Las neuronas espejo juegan un papel fundamental en el mecanismo de acción de esta terapia.

5. Realidad virtual:

Esta medida es la que más avances ha sufrido en los últimos años debido al desarrollo tecnológico. Su eficacia es similar al de la terapia de espejo, pero su efecto tiene lugar con más rapidez. El mayor inconveniente que presenta es su alto coste

y debido a esto no es una medida disponible para todo el mundo. La literatura científica confía que estos avances se instauren con mayor frecuencia en los servicios públicos de salud.

6. Tratamiento quirúrgico:

Es la técnica de última elección, quedando indicada solamente en aquellos casos graves que no sean capaces de mejorar con ninguna alternativa anterior. Hay controversia científica para recomendar las intervenciones de neurectomías, cordotomías o rizotomías por los resultados que presentan los pacientes al no evidenciar cambios significativos en su calidad de vida.

5 Discusión-Conclusión

La compleja etiología que posee el dolor del miembro fantasma hace que todavía en la actualidad ningún tratamiento de forma individual resulte completamente eficaz para su abordaje. Actualmente, la evidencia científica recomienda el uso de analgésicos orales (en momentos puntuales) en combinación con técnicas de fisioterapia y medios físicos.

La etiología multifactorial de este trastorno hace que sea necesaria la implicación de diferentes profesionales sanitarios que actúen bajo un modelo biopsicosocial para asegurar la recuperación completa del paciente y todas sus secuelas.

El abordaje coordinado e interdisciplinar entre fisioterapia y enfermería debe comenzar desde la fase hospitalaria y continuando en las diferentes etapas de rehabilitación y readaptación para garantizar la mejor calidad de vida posible.

6 Bibliografía

1. Mayra Alejandra Malavera Angarita, Sandra Carrillo Villa, Omar Fernando Gomezese Ribero, Ronald G. Garcíad, Federico Arturo Silva Siege. Fisiopatología y tratamiento del dolor de miembro fantasma. Rev Colomb Anesthesiolog. Vol. 42. Núm. 1. páginas 40-46 (Enero - Marzo 2014).
2. Villaseñor Moreno, Julio César; Escobar Reyes, Víctor Hugo; Sánchez Ortiz, Ángel Oscar; Quintero Gómez, Iván José. Dolor de miembro fantasma: fisiopatología y tratamiento. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, vol. 19, núm. 1, enero-marzo, 2014, pp. 62-68.
3. Morales Osorio M.A., Mejía Mejía J.M. Tratamiento con imagería motora graduada en el síndrome de miembro fantasma con dolor: una revisión sis-

temática. *Rehabilitación* Volume 46, Issue 4, October–December 2012, Pages 310-316.

4. Ramírez UP, Reyes TS, Carrasco RS, Franco VM, Rojano MD, Martínez VJ. Terapia en espejo para el tratamiento de dolor de miembro fantasma crónico en pacientes amputados. *Rev Mex Med Fis Rehab* 2016; 28 (3-4).

Capítulo 346

ABORDAJE INTEGRAL DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN LA TERCERA EDAD

MARÍA FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ

CÉSAR FRANCISCO VERDEJO

1 Introducción

En la actualidad está aumentando la esperanza de vida. Según datos oficiales del INE, en España en 2022, las personas mayores suponían un 19.65% sobre la población total, con un 6% de octogenarios, y los datos pronostican un ascenso progresivo de este envejecimiento de la población.

Una de las consecuencias más importantes del envejecimiento es el aumento de la dependencia y de la demanda de los servicios sanitarios. Según estudios oficiales, las personas mayores provocaron en el año 2020 un 46.7% de las hospitalizaciones, con estancias de mayor duración que el resto de la población. Las causas más frecuentes de esto son: enfermedades cardiovasculares, respiratorias, digestivas, neoplásicas, genitourinarias, infecciosas y parasitarias.

Centrándonos en el aparato genitourinario, las alteraciones en la eliminación se hacen cada vez más frecuentes a medida que el organismo va envejeciendo. Por ello, un aspecto importante para tener en cuenta en la atención del adulto mayor es el control de su capacidad de eliminación vesical.

La incontinencia urinaria (IU), se hace más común con el proceso de envejecimiento debido a la atrofia muscular de la musculatura del suelo pélvico. Se define como la pérdida involuntaria de orina demostrable, de forma aguda o crónica.

Esto provoca mayor fragilidad y dependencia, además supone un factor de riesgo importante para el desarrollo de infecciones del tracto urinario. Siendo éstas las causas genitourinarias más habituales de ingreso hospitalario.

2 Objetivos

- Describir los abordajes encaminados al tratamiento de la IU en geriatría.
- Analizar la eficacia de los cuidados y técnicas de tratamiento.
- Exponer la repercusión de los tratamientos en la calidad de vida de los pacientes.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha elaborado una Revisión narrativa de la literatura científica existente referente a los tratamientos de la IU concretamente en geriatría.

Para su elaboración se ha llevado a cabo una búsqueda a través de las principales bases de datos tales como Pubmed, Scielo, Science Direct y Google académico. Se han seleccionado artículos científicos publicados desde 2013 que contengan las palabras clave en el título.

4 Resultados

Para diseñar el abordaje más adecuado para el tratamiento de la IU en personas de la tercera edad es fundamental realizar un buen diagnóstico del tipo de IU que presenta el paciente. Estos son los siguientes:

- IU de urgencia: se produce una pérdida involuntaria de orina junto con un inminente tenesmo vesical (deseo urgente de orinar).
- IU de esfuerzo: existe una pérdida de orina tras realizar algún esfuerzo físico o una maniobra de Valsalva.
- IU mixta: combina la IU de urgencia junto con la IU de esfuerzo.
- IU de rebosamiento: su causa se debe a retención urinaria o la presencia de una lesión neurológica. Aparece pérdida de orina en forma de gotas, sin que la persona reciba deseo de miccionar.
- IU funcional: se debe a ciertas enfermedades neurológicas como puede ser el Parkinson o Alzheimer. La persona afectada no puede controlar la micción ya sea por la discapacidad que sufre o por algunas barreras físicas como, por ejemplo,

que, una persona utilice un andador y no pueda llegar al baño de forma rápida para miccionar.

En relación con el tratamiento para la incontinencia urinaria, es importante destacar que cada tratamiento debe de ser individualizado para cada paciente y para conseguir esto, enfermería y fisioterapia cumplen un papel clave.

El tratamiento básico se trata en la modificación de la ingesta de líquidos como, por ejemplo, reducir el consumo de cafeína o el alcohol, abandonar el hábito tabáquico o bajar de peso, para ello, se llevará a cabo la educación sanitaria a través del control de enfermería.

También es muy importante que la persona afectada realice fisioterapia ginecológica (mediante los ejercicios de Kegel, electroterapia y fortalecimiento de suelo pélvico), que forma la primera línea de actuación frente a los casos de IU leve-moderada. Diversos estudios confirman que aquellos pacientes que sufren IU, y que llevan a cabo este tipo de ejercicios, evolucionan mejor (acaban teniendo mayor control del esfínter uretral y un menor número de complicaciones) que aquellos que no lo hacen. Esto se debe a un mayor fortalecimiento de la musculatura pélvica. Además, se pueden utilizar ayudas técnicas en los casos de IU como, por ejemplo, productos absorbentes y de contención urinaria para intentar controlar la pérdida urinaria.

También hay un tratamiento farmacológico que se puede utilizar en los casos de IU para controlar el esfínter vesicouretral. Dicho tratamiento tiene tres pilares fundamentales: fármacos anticolinérgicos, fármacos de acción mixta y el Mirabegrón (primer fármaco agonista $\beta 3$ adrenérgico). La evidencia científica los recomienda en combinación junto con los medios anteriores.

5 Discusión-Conclusión

Debido al gran impacto que provoca el envejecimiento de la población, es necesario contribuir a la difusión de información que atienda todas las necesidades que presenta la población geriátrica.

La IU representa el problema más frecuente entre los efectos fisiológicos del envejecimiento, sin embargo, constituye el factor de riesgo más importante para el desarrollo y/o empeoramiento de una ITU (primera causa genitourinaria de ingreso hospitalario en la tercera edad). Por este motivo es fundamental controlar esta alteración e intentar controlar las pérdidas en la medida de lo posible a través de tratamientos farmacológicos, medidas físicas, técnicas de fisioterapia uroginecológica y cuidados de enfermería.

La eficacia de los tratamientos depende del correcto diagnóstico en el tipo de IU

y de las características personales del paciente y sus patologías de base. Este es el motivo por lo que la IU se considera multifactorial y ha de tratarse como una alteración que afecta a todas las esferas del paciente.

6 Bibliografía

1. Solanas Manero M, Aperte Galarreta S, Zapater López B, García Julián I, García Montero E. El anciano sano desde el punto de vista de la Enfermería - Revista Electrónica de Portales Medicos.com [Internet]. [citado 5 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/anciano-sano-enfermeria/>
2. Álvarez Artero E, Campo Nuñez A, Garcia Bravo M, Cores Calvo O, Belhassen Garcia M, Pardo Lledias J. Infección urinaria en el anciano. Revista Clínica Española. 1 de mayo de 2019;219(4):189-93. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0014256518303321>
3. Juarranz Sanz M, Terrón Barbosa R, Roca Guardiola M, Soriano Llorca T, Villamor Borrego M, Calvo Alcántara MJ. Tratamiento de la incontinencia urinaria. Aten Primaria [Internet]. 2002 [citado el 5 de abril de 2023];30(5):323–32. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-tratamiento-incontinencia-urinaria-13037460>
4. Sáez VG, Farmacéutica AP, Moreillo VLS. Tratamiento farmacológico de la incontinencia urinaria [Internet]. Castellalamancha.es. [citado el 5 de abril de 2023]. Disponible en: https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacia/bft_2_2018.pdf
5. Scemons D. Incontinencia urinaria en el adulto. Nursing [Internet]. 2014 [citado el 5 de abril de 2023];31(4):46–52. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-incontinencia-urinaria-el-adulto-S021253821400123X>

Capítulo 347

FUTBOLISTA CON PUBALGIA Y COLITIS

RAQUEL QUIRÓS ÁLVAREZ

1 Introducción

Procedemos a exponer un caso clínico de pubalgia, el cual también asocia síntomas digestivos, que son colitis y aerocolia.

La pubalgia, si desglosamos la palabra "pub" + "algia", se trata de la existencia de dolor en la zona púbica, esto es la unión anterior de los dos huesos púbicos en la línea media. Se trata de un cuadro doloroso en la zona pélvica por su parte anterior, entre borde inferior de musculatura abdominal y parte superior del pubis. La sínfisis púbica se trata de una articulación anfiartroïdal, con existencia de un cartilago intermedio. El dolor de dicha región, suele verse influido por la musculatura abdominal y músculos aductores de la pierna, así como por el sistema ligamentario de la zona.

También podemos decir, que se trata de una lesión muy frecuente y típica en jugadores de futbol, ya que fuerzan mucho la zona, provocando microtraumatismos de repetición que finalmente terminan inflamando la sínfisis pubica.

Como fisioterapeutas, siempre evaluaremos al paciente a través de la palpación, observación, test de movilidad y diversas técnicas de evaluación, realizando siempre una exploración global para poder obtener todos los datos posibles que nos aporte el cuerpo del paciente, y así poder elaborar una posible cadena lesional teórica, con el consiguiente tratamiento adecuado personalizado.

Nuestro objetivo como fisioterapeutas, es aliviar la sintomatología del paciente, es decir, la pubalgia y el dolor de rodilla izquierda; pero también intentar mejorar la función del sistema visceral, reduciendo la colitis y la aerocolia.

2 Objetivos

Describir a partir de un caso clínico el abordaje desde fisioterapia de un paciente futbolista con pubalgia y colitis.

3 Caso clínico

Un futbolista de 20 años de edad, acude a consulta de fisioterapia por una pubalgia que aumenta en la extensión lumbar. También presenta dolor en el compartimento interno de la rodilla izquierda. Nos comenta que además sufre de colitis y aerocolia desde hace años.

Exploración física:

El sacro se encuentra en disfunción de torsión izquierda sobre eje izquierdo.

El hueso iliaco izquierdo está fijado en posición posterior, es decir, hay presencia de un iliaco posterior izquierdo, en donde el psoas izquierdo está espasmado, ayudando a mantener dicha lesión.

Rigidez del segmento vertebral 11 y 12 vértebras dorsales.

Dolor a la palpación de las espinosas de la cuarta y quinta lumbar y dolor en el movimiento de flexoextensión de tronco.

Dolor a la contracción isométrica del recto anterior del abdomen y de los músculos adductores de la pierna izquierda.

Dolor a la palpación en la fosa iliaca izquierda, así como un timpanismo importante a la percusión sobre dicha zona.

Para explicar la fisiopatología del paciente comenzaremos a desarrollar la cadena desde la pelvis, para finalmente terminar con la esfera visceral e integrarlas.

Para redactar de manera más ordenada, comenzaremos a desarrollar la cadena desde la pelvis: nos dan datos de una torsión izquierda sobre eje izquierdo del sacro, se trata de una torsión anterior, en la cual el sacro baja por el brazo menor derecho y luego por el brazo mayor izquierdo, quedando fijado abajo a la izquierda. La torsión del sacro está favorecida por la formación de un eje patológico: psoas izquierdo en disfunción que posterioriza la base izquierda. El psoas izquierdo participa en la fijación del iliaco posterior izquierdo. Así mismo, el iliaco posterior da un dolor referido a la cara interna de la rodilla homolateral. En relación a la pubalgia debemos de revisar también los músculos aductores, isquiotibiales y abdominales.

La zona lumbar ya hemos visto en la exploración que presentaba disfunción, concordando con la sintomatología que refiere el paciente, al decirnos que le duele

más en extensión de raquis, nos hará pensar que la lesión principal se encuentra en lesión de flexión.

La charnela dorsolumbar también presentaba disfunción, agravando el cuadro de sintomatología, ya que este nivel corresponde a la inserción del músculo diafragma, y también da la inervación neurovegetativa ortosimpática del colon y la primera raíz lumbar inerva a los músculos abdominales.

No tenemos más datos, pero entendemos que la cadena lesional seguirá ascendiendo por el raquis hasta llegar al cráneo, donde también provocará disfunciones, lo que agrava la sintomatología visceral, por aumento de tensión de la salida del nervio vago en el agujero rasgado posterior.

Dentro de la esfera visceral, según los datos que nos da el paciente, pensaremos en una patología de colon, más exactamente de colon descendente y sigmoides al haber dolor en la fosa iliaca izquierda. El timpanismo sugiere una oclusión intestinal importante, ya que sólo el ciego debería ser timpánico, el resto tendría que ser mate. (1) (2)

Tratamiento:

Se realiza el tratamiento organizado en tres sesiones de fisioterapia, con una semana de descanso entre cada una de las sesiones.

1º sesión: se empieza trabajando desde la pelvis. Manipular el sacro y el iliaco posterior izquierdo. Trabajo muscular: bombeo de psoas izquierdo, stretching adductores izquierdos, técnica de Jones en recto anterior del abdomen. Manipulación del pubis, columna lumbar y charnela dorsolumbar. Thrust tercera cervical, vértebra que inerva el diafragma, para posteriormente trabajar el propio diafragma con una técnica de stretching e inhibición del centro frénico.

2º sesión: revisar lo realizado en la sesión anterior, si hay algo que volver a corregir se corrige, y después seguir con el trabajo craneal y liberación del nervio vago.

Manipulación de cervicales altas como preparación para el trabajo craneal, seguido de una inhibición de los músculos suboccipitales. Apertura del agujero rasgado posterior, trabajo del hueso temporal, equilibración de la esfénobasilar. Liberación del nervio vago en su recorrido: vaina carótida, fascias anteriores del cuello, entrada torácica, mediastino, diafragma).

3º sesión: revisar lo realizado en la sesión anterior, si hay algo que volver a corregir se corregirá de nuevo, y después seguir con el trabajo visceral. Comenzar con una técnica hemodinámica global del abdomen y un stretching del intestino delgado, para preparar y relajar la zona y después abordar más específicamente

al colon y al sigmoides. Finalmente terminar la sesión con una equilibración craneosacra para integrar a todo el organismo. (2)

4 Discusión-Conclusión

Se trata de un cuadro clínico de pubalgia desencadenado a partir de una cadena descendente con componente visceral. Los datos que aporta el caso hacen pensar en que esté implicada la columna lumbar, así como el colon.

Como fisioterapeutas siempre hay que abordar al paciente de manera global, con una visión holística de sus problemas, intentando explicar la relación existente entre los diversos dolores o patologías. En este caso, habría que aconsejar cambio de dieta, mejorar los hábitos de vida para que su sistema digestivo funcione adecuadamente, así como vigilar las zonas que le dieron ahora sintomatología, para prevenir futuras lesiones. También el paciente tendrá que realizar un trabajo de estiramiento muscular adecuado.

5 Bibliografía

(1) Diagnóstico Osteopático General. Croibier, A. Editorial TBA Ediciones. 2019

(2) Sobotta. Atlas de anatomía humana vol 1. 24 edition. Friedrich Paulsen & Friedrich Paulsen & Jens Waschke & Jens Waschke. Fecha de publicación : 09/2018

Capítulo 348

ESCOLIOSIS: DIAGNÓSTICO, CAUSAS, SÍNTOMAS Y TRATAMIENTO

ADRIÁN ORLANDI TORIELLI

1 Introducción

La escoliosis es una deformación de la columna vertebral con una convexidad lateral. Se caracteriza por tener más de 10° de curvatura lateral y puede formar una “S” o una “C”. Puede ser causada por diversos factores, diferenciando la escoliosis congénita, la escoliosis neuromuscular, la escoliosis degenerativa o la escoliosis idiopática.

La escoliosis puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes, pudiendo favorecer dolor de espalda o dolor lumbar que baja hacia las piernas, debilidad o cansancio tras permanecer un tiempo significativo en una posición, dolor en hombros, dificultad para respirar o problema estético por su asimetría. El diagnóstico temprano de esta deformación es importante para iniciar un tratamiento adecuado y minimizar los síntomas a largo plazo.

El diagnóstico de la escoliosis consta de una exploración física y para objetivar sus grados de curvatura lateral se utiliza una radiografía y se mide su ángulo de Cobb, esta medida es importante para objetivar la gravedad y para decidir el abordaje de su tratamiento, ya sea quirúrgico o conservador.

En este trabajo, exploraremos la escoliosis, centrándonos en su definición, etiología, síntomas característicos y métodos de diagnóstico utilizados en la práctica clínica. También destacaremos las diferentes opciones de tratamiento disponibles, con énfasis en la fisioterapia como un enfoque terapéutico conservador, eficaz y no invasivo.

2 Objetivos

- Exponer una visión general de la escoliosis, incluyendo su definición, causas y mecanismos de desarrollo.
- Describir los síntomas característicos de la escoliosis, evaluación, cuantificación y tratamiento.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica en sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos en bases de datos como Pubmed, Medline, Scielo, Cureus y PEDro, seleccionando artículos científicos relacionados con el tema de estudio, la escoliosis.

4 Resultados

La escoliosis es una deformidad tridimensional de la columna vertebral caracterizada por una curvatura lateral de la columna de más de 10 grados en el plano coronal, [1] formando una “S” o una “C”.

Esta deformidad se puede desarrollar en cualquier etapa de la vida, siendo más frecuente en la adolescencia, durante el período de más crecimiento y desarrollo. Se puede clasificar según su edad de aparición, ubicación, etiología, grados de curvatura, forma de la curva... Siendo su clasificación más habitual la de su etiología: congénita, neuromuscular, idiopática o degenerativa.

La escoliosis idiopática, que representa la mayoría de los casos, es de etiología y se desarrolla durante el crecimiento, la escoliosis congénita está presente en el momento del nacimiento por un problema en el desarrollo vertebral fetal. La escoliosis neuromuscular es causada por una lesión del sistema nervioso, como la parálisis cerebral o la distrofia muscular, que afectan al sistema muscular que realiza la función de soporte de la columna vertebral. Por último, la escoliosis degenerativa se produce por una degeneración progresiva de los elementos de una columna previamente recta. [2]

Según su edad de aparición o desarrollo podemos diferenciar la escoliosis infantil, escoliosis juvenil y escoliosis del adulto. Cada una de ellas presenta características particulares. La escoliosis infantil se desarrolla antes de los 3 años y puede ser difícil de diagnosticar, la juvenil se manifiesta entre los 3 y los 18 años, mientras que la escoliosis del adulto se desarrolla a partir de los 18 años y a menudo

está relacionada con escoliosis no diagnosticadas o tratadas durante la infancia o adolescencia.

En el examen físico, se pide al paciente que flexione la columna y que vaya a tocar el suelo con la punta de sus dedos, el examinador, tras el paciente será capaz de ver la rectitud o la deformidad viendo la línea de sus apófisis espinosas vertebrales. También puede observarse si existe un hombro más elevado que el otro y la inclinación de la pelvis. [3]

Para medir los grados de una escoliosis se realiza una radiografía anteroposterior y una lateral y se mide el ángulo de Cobb. Para medirlo, en la radiografía lateral se identifican las vértebras límites superior e inferior de la curvatura, se trazan líneas perpendiculares a líneas centrales de dichas vértebras y se mide el ángulo formado donde estas líneas se crucen. Esta medida es importante para evaluar la gravedad de la escoliosis, para decidir una estrategia de tratamiento y para controlar la evolución de la curvatura tras el tratamiento. [4,5]

El tratamiento de la escoliosis depende de su causa, de su localización en la columna vertebral, los grados de curvatura y si el desarrollo del paciente ha llegado a su fin o si, por el contrario, aún está en fase de crecimiento. Los tratamientos posibles van desde la opción quirúrgica en los casos más graves, corsés o ayudas ortopédicas o tratamientos de fisioterapia basados en ejercicio terapéutico orientado a generar una estabilización muscular, a reducir el dolor, ejercicios de fisioterapia respiratoria u otros tratamientos fisioterapéuticos como la terapia manual y técnicas de movilización orientadas a reducir los síntomas o problemas que pueda generar la escoliosis en el paciente.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la escoliosis es una deformidad que afecta a la columna vertebral, pudiendo causar dolor de espalda, dolor lumbar que baja hacia las piernas, debilidad o cansancio tras permanecer un tiempo significativo en una posición, dolor en hombros, dificultad para respirar o un problema estético por su asimetría.

La etiología puede variar, desde una malformación en el desarrollo fetal, patología nerviosa, degeneración en adultos o idiopática.

El diagnóstico de la radiculopatía lumbosacra se realiza mediante la recopilación de la historia clínica, el examen físico y la utilización de estudios de imagen.

Una vez realizado el diagnóstico, depende de la gravedad y la causa de la escoliosis, en muchos casos, el tratamiento inicial se basa en enfoques conservadores, donde la fisioterapia juega un papel fundamental. Esta ofrece un enfoque terapéutico eficaz y no invasivo, que incluye ejercicios específicos, terapia manual

y técnicas de movilización para mejorar la función de la columna vertebral y reducir los síntomas generados por la escoliosis.

Es importante tener en cuenta que cada paciente es único, y el plan de tratamiento debe adaptarse a las necesidades individuales de cada uno. Trabajar en estrecha colaboración con los demás profesionales sanitarios que traten al paciente puede ayudar a garantizar un enfoque integral y personalizado para la mejoría de sus síntomas. Con un enfoque adecuado y oportuno, la mayoría de las personas pueden experimentar una mejora significativa en sus síntomas y mejorar su calidad de vida.

6 Bibliografía

1. Altaf F, Gibson A, Dannawi Z, Noordeen H. Adolescent idiopathic scoliosis. *BMJ* [Internet]. 4 de mayo de 2013 [citado 5 de octubre de 2023];346(7906). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23633006/>
2. Fuster S, Núñez M, Esteban PL, Fernández-Valencia JA, Núñez E, L del Val J. Escoliosis degenerativa del adulto: resultados del tratamiento quirúrgico. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol* [Internet]. 1 de marzo de 2006 [citado 5 de octubre de 2023];50(2):125-31. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-cirugia-ortopedica-traumatologia-129-articulo-escoliosis-degenerativa-del-adulto-resultados-13086281>
3. Escoliosis: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. [citado 5 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001241.htm>
4. Zheng Y, Dang Y, Yang Y, Li H, Zhang L, Lou EHM, et al. Whether Orthotic Management and Exercise are Equally Effective to the Patients With Adolescent Idiopathic Scoliosis in Mainland China?: A Randomized Controlled Trial Study. *Spine (Phila Pa 1976)* [Internet]. 1 de mayo de 2018 [citado 5 de octubre de 2023];43(9):E494-503. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28885287/>
5. Wu A, March L, Zheng X, Huang J, Wang X, Zhao J, et al. Global low back pain prevalence and years lived with disability from 1990 to 2017: estimates from the Global Burden of Disease Study 2017. *Ann Transl Med* [Internet]. marzo de 2020 [citado 5 de octubre de 2023];8(6):299-299. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32355743/>

Capítulo 349

IMPORTANCIA DEL FISIOTERAPEUTA EN EL POSTPARTO: DIÁSTASIS ABDOMINAL

MARINA LEYVA ALARCÓN

BLANCA ESTHER HERRERA CÁRDENAS

JOSE ALEXANDER MARTINEZ MARTINEZ

MARTA BAYO AGUSTÍN

1 Introducción

La diástasis abdominal es una patología que se define como la separación de la línea media de los rectos del abdomen, también denominada línea alba, acompañada de un abultamiento de la pared abdominal. Se produce como consecuencia de un daño en el tejido conectivo que, en condiciones normales, mantiene esta musculatura unida entre sí, pudiendo llegar a afectar incluso a suelo pélvico y diafragma. Esta patología puede darse tanto en hombres como mujeres, independientemente de la edad, prevaleciendo en mayor medida en la población femenina durante el embarazo y postparto. (1) Ambas etapas suponen para la mujer una serie de alteraciones en el cuerpo de esta, tanto a nivel hormonal, emocional o físico como anatómico, siendo además el parto, un proceso agresivo que, pese al avance y mejoras médicas, sigue presentando complicaciones de diversa gravedad.

Un gran porcentaje de mujeres sufren esta afectación tras el parto, durante la etapa de puerperio, que corresponde al período entre el nacimiento y el momento

en que el organismo materno regresa a sus condiciones de pre-embarazo. La recuperación de esta patología puede producirse de forma espontánea entre el día 1 y 8 semanas tras el parto. Sin embargo, en la mayoría de los casos, con el paso de los días posteriores al parto, aunque la separación tiende a ser menor, puede no desaparecer si no se realiza un programa de tratamiento adecuado. (2)

Pese a ser un trastorno común, la investigación sobre cómo los tratamientos fisioterapéuticos, frente a métodos quirúrgicos u otros métodos alternativos más conservadores, pueden ayudar a mitigar o prevenir esta patología, son escasos. (2)

2 Objetivos

- Conocer la utilidad y eficacia de la fisioterapia para paliar los efectos de esta patología y devolver a la pared abdominal materna su máximo estado de salud, así como la eficacia del tratamiento fisioterapéutico frente a no recibir ningún tipo de rehabilitación u otros tratamientos conservadores.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica realizando una búsqueda sistemática en las siguientes bases de datos: PubMed, Scielo y Google académico. Se establecieron como criterios de exclusión publicaciones sin acceso a texto completo, publicaciones duplicadas y publicaciones que no estuvieran previamente revisadas, así como aquellas publicaciones que no trataran sobre terapias en el periodo de puerperio.

4 Resultados

El tratamiento con mayor eficacia, del que existe evidencia y que demuestra mayor éxito, son los ejercicios regulares de contracción abdominal, que impliquen un trabajo de fuerza muscular de transverso, recto y oblicuos del abdomen, tanto para reducir la patología postparto como para prevenirla. Siguiendo una tabla de ejercicios e indicaciones del fisioterapeuta, la correcta activación y el ejercicio del músculo transverso del abdomen, es determinante, ya que junta los vientres del músculo recto del abdomen, mejora la integridad de la línea alba y aumenta la tensión fascial, lo que permite una transferencia de carga y una producción de torsión eficientes, acelerando la recuperación y permitiendo a las

mujeres regresar a sus actividades físicas y sociales habituales más rápidamente. (1)

Otros estudios combinan estos ejercicios de contracción isométrica abdominal con electroestimulación y con activación del suelo pélvico, consiguiendo mejores resultados combinando dichas técnicas, que en su aplicación por separado. Además, el trabajo específico de la musculatura de suelo pélvico con ejercicios de Kegel es crucial para la recuperación postparto, siendo también determinante durante las etapas de pre-embarazo y embarazo. (3)

Otro de los ejercicios recurrentes para tratar la diástasis abdominal, son los ejercicios de "draw-in" o hundimiento abdominal, mediante los cuales las pacientes son instruidas para inhalar y exhalar, mientras acercan la musculatura abdominal hacia la columna vertebral. Algunos estudios demuestran este tipo de ejercicio como perjudicial durante la etapa de puerperio, sin embargo, existe una mayoría en los que se demuestra la reducción de la distancia interrectal tanto durante la etapa de prevención como de corrección.

Todos estos ejercicios se deben combinar además con una buena actividad aeróbica, tanto durante la etapa de puerperio y recuperación, como continuarlos en el tiempo como parte de estilo de vida. (3)

Además del ejercicio, se ha demostrado el beneficio del uso de prendas de soporte externo como "tubigrip" o corsés, con el objetivo de reducir esta separación. Estos materiales pueden proporcionar compresión y soporte a la región abdominal y lumbopélvica imitando la tensión fascial del músculo transverso del abdomen, proporcionando cierta biorretroalimentación para ayudar con su activación. En cambio, no existe evidencia suficiente para concluir que estos soportes ayuden a recuperar la fuerza de la musculatura abdominal y de suelo pélvico de la mujer, que es el principal objetivo postparto. (1)

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación llevada a cabo, se confirma que, a la hora de prevenir y corregir esta patología, son muy numerosas las técnicas fisioterapéuticas utilizadas, siendo los ejercicios más recomendados los de contracción dirigidos al transverso del abdomen (89%) y a los músculos del suelo pélvico (87%). (4)

La realización de estos ejercicios, además, van a ayudar en el resto de las etapas posteriores de la mujer durante las actividades diarias, puesto que aprender a

ejecutar una correcta activación del transverso del abdomen y tener una musculatura de suelo pélvico estable van a ayudar a prevenir problemas recurrentes posteriores relacionados o no con la edad, como lo son el prolapso uterino o problemas posturales, ya que la activación del transverso te permite llevar una correcta estabilidad lumbopélvica y un correcto centro de gravedad. (3)

La evaluación y el tratamiento fisioterápicos de la mujer con diástasis abdominal postparto son fundamentales para devolver a la pared abdominal materna un correcto estado de salud, así como reducir al mínimo sus consecuencias. En definitiva, son cruciales para la salud y la biomecánica del cuerpo de la mujer. (2)

No existen suficientes estudios de alta calidad estadística en los que se pueda escoger un protocolo o un programa concreto de ejercicio terapéutico postparto en esta patología, por lo que se debe seguir investigando e indagando en nuevas terapias de tratamiento. (4)

Se concluye que es necesario un mayor esclarecimiento y difusión del trabajo que realiza el fisioterapeuta con las pacientes obstétricas y ginecológicas, dada su importancia en este sector y los beneficios que aporta. (2)

6 Bibliografía

1. Benjamin DR, van de Water ATM, Peiris CL. Effects of exercise on diastasis of the rectus abdominis muscle in the antenatal and postnatal periods: A systematic review. Vol. 100, Physiotherapy (United Kingdom). 2014. p. 1–8.
2. Demartini E, Deon KC, Fonseca EG de J, Portela BS. Diastasis of the rectus abdominis muscle prevalence in postpartum. *Fisioterapia em Movimento*. 2016 Jun;29(2):279–86.
3. Gluppe S, Engh ME, Bø K. What is the evidence for abdominal and pelvic floor muscle training to treat diastasis recti abdominis postpartum? A systematic review with meta-analysis. Vol. 25, Brazilian Journal of Physical Therapy. *Revista Brasileira de Fisioterapia*; 2021. p. 664–75.

Capítulo 350

FISIOTERAPIA EN LA RECUPERACIÓN POSTCIRUGÍA DEL TENDÓN DE AQUILES

MARINA LEYVA ALARCÓN

BLANCA ESTHER HERRERA CÁRDENAS

JOSE ALEXANDER MARTINEZ MARTINEZ

MARTA BAYO AGUSTÍN

1 Introducción

Los tendones son estructuras compuestas por tejido blando y fibroso que conectan el vientre muscular al hueso. Su principal función es transferir la fuerza generada por el primero al segundo, facilitando el movimiento alrededor de la articulación, y como son estructuras relativamente pasivas e inelásticas, son capaces de resistir grandes fuerzas. También tienen la función de almacén de energía, actuando como un resorte, generando una fuerza explosiva en el movimiento. (1)

El tendón de Aquiles se origina en el tercio medio posterior de la pierna y es la unión de los principales flexores plantares de tobillo: músculos gastrocnemio y sóleo, interviniendo además en la inversión del retropié. Se trata del tendón más fuerte, largo y grueso del cuerpo humano y, sin embargo, es susceptible a ruptura completa. Dada la amplia gama de funciones críticas que realiza, la lesión del tendón de Aquiles puede ser devastadora. (2)

Existen múltiples factores relacionados con la causa de rotura: sobreuso, debilidad muscular, estiramiento brusco, golpe directo en contracción muscular u otros factores relacionados con alteraciones degenerativas crónicas. La persona lesionada experimenta una sensación de estallido repentino que podría describirse como una "patada desde atrás", parecido al sonido de un latigazo, asociado a un dolor severo y repentino que disminuye gradualmente. (2)

Aproximadamente 18 de cada 100.000 individuos sufren este tipo de lesión por año, con una incidencia que parece estar en aumento. Ocurre tanto en hombres como mujeres, siendo más frecuente en la población masculina de entre 30 a 50 años que participen en deportes recreativos periódicamente. (3)

Las secuelas que deja esta lesión pueden llegar a ser muy severas y limitantes si no se atienden a tiempo. Por ello, es necesario un buen plan de tratamiento adecuado e individualizado para cada caso. La intervención quirúrgica ha sido considerada como "gold-standard" debido a la disminución del riesgo re-rotura a la que se asocia, especialmente para pacientes deportistas. No obstante, aunque este tratamiento sigue siendo considerado como la opción más frecuente, numerosos estudios remarcan la importancia de una buena rehabilitación funcional tanto para recuperación como para prevención de recidiva de esta patología, hasta el punto de fomentar la elección del tratamiento conservador. (3)

2 Objetivos

Conocer la utilidad y eficacia de la fisioterapia para la recuperación de las propiedades mecánicas y funcionalidad del tendón de Aquiles tras haber sido intervenido, así como la eficacia del tratamiento fisioterapéutico como método preventivo para la re-rotura.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica realizando una búsqueda sistemática en las siguientes bases de datos: PubMed y Google académico. Se establecieron como criterios de exclusión publicaciones sin acceso a texto completo, publicaciones duplicadas y que no estuvieran previamente revisadas, así como aquellas publicaciones que no trataran sobre la recuperación del tendón de Aquiles en el periodo postquirúrgico.

4 Resultados

Tras la intervención quirúrgica, el tendón de Aquiles presenta diferentes afectaciones que dificultan su funcionalidad, como la disminución del rango articular, disminución de la fuerza en flexores y extensores del tobillo, (limitación flexión dorsal y plantar de tobillo) aumento del dolor en la zona de la cicatriz y engrosamiento del tendón, dificultad para la marcha etc. Por ello, es necesario evaluar y llevar a cabo una buena estrategia de tratamiento dividida en etapas, (1) el fin de mejorar el estado y la calidad de vida de los pacientes. (4)

El entrenamiento excéntrico ha demostrado ser uno de los principales métodos de terapia para las tendinopatías en general, puesto que trabaja la capacidad funcional del tendón, reduce el dolor y fomenta la producción de colágeno. Este método funciona estimulando la actividad celular y aumentando el flujo sanguíneo. Los estudios han demostrado que la respuesta del tendón en los precursores del colágeno tipo I alcanza su punto máximo alrededor de 3 días después de una sola sesión, mejorando las estructuras del tendón tanto a corto como a largo plazo. Es importante que este trabajo excéntrico se realice gradualmente por etapas, iniciando con movimientos suaves y aumentando progresivamente la carga del ejercicio.

Numerosos estudios proponen comenzar con el tratamiento de fisioterapia dos semanas después de la cirugía, evitando la flexión dorsal y trabajando la propiocepción y flexión plantar, inversión y eversión. De igual forma, se recomienda la puesta en carga precoz (antes de las 8 semanas), dada su importancia en la mejora funcional y el aumento de fuerza muscular. Algunos estudios la contraindican, puesto que aseguran que la carga de peso temprana limita el alargamiento del tendón, pero se ha demostrado que el tendón de Aquiles continúa su alargamiento y distensibilidad hasta 6 meses después de la cirugía, independientemente del momento de comenzar la carga. (3) Además, el tiempo para recuperar la función completa después de una rotura del tendón de Aquiles es de al menos 12 meses.

El trabajo propioceptivo es fundamental para la mejora del equilibrio y la coordinación, con el fin de que el paciente pueda volver a realizar sus actividades de la vida diaria y reducir el riesgo de volverse a lesionar. (3)

Una buena recuperación del tendón debe ir acompañada de un buen cuidado y tratamiento de la cicatriz postquirúrgica. Se ha demostrado que la técnica de masaje transversal profundo o “técnica de Cyriax” no solo ayuda a reducir las

adherencias de la cicatriz y el dolor a la palpación de la misma, sino que indirectamente es eficaz para la recuperación de la fuerza muscular y la mejora del rango articular. (4)

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación llevada a cabo, se constata que el tratamiento fisioterápico postcirugía resulta fundamental para una buena recuperación de la integridad y la capacidad funcional del tendón, dado que, existe alta evidencia de su eficacia para la mejora del rango articular, aumento de la fuerza muscular y disminución del dolor, fomentando así una mejora en calidad de vida de los pacientes y lograr su reintegración en los ámbitos personal, laboral, familiar y social.

La movilización articular precoz y la carga temprana serán claves para una exitosa recuperación del tendón, así como el trabajo propioceptivo y las técnicas para el tratamiento de la cicatriz, serán eficaces como método preventivo de atrofia muscular, rigidez, adherencias y, por tanto, para evitar la recidiva. (2)

A pesar de que se ha demostrado que la fisioterapia resulta crucial para la rehabilitación de la rotura del tendón de Aquiles, sea o no intervenida quirúrgicamente, no existe evidencia suficiente sobre protocolos óptimos que determinen las bases de la intervención fisioterápica. Por ello es necesario un mayor número de estudios y en esta línea de investigación para poder establecer protocolos capaces de mejorar los resultados funcionales y acelerar el proceso de recuperación. (2)

6 Bibliografía

1. Ahmad Z, Parkar A, Shepherd J, Rushton N. Revolving doors of tendinopathy: Definition, pathogenesis and treatment. Vol. 96, Postgraduate Medical Journal. BMJ Publishing Group; 2020. p. 94–101.
2. Natalia Daudén Balfagón Directores Alberto Lekuona Amiano Pablo Fanlo Mazas A. Trabajo Fin de Grado.
3. Eliasson P, Agergaard AS, Couppé C, Svensson R, Hoeffner R, Warming S, et al. The Ruptured Achilles Tendon Elongates for 6 Months After Surgical Repair Regardless of Early or Late Weightbearing in Combination With Ankle Mobilization: A Randomized Clinical Trial. American Journal of Sports Medicine. 2018 Aug 1;46(10):2492–502.

Capítulo 351

FISIOTERAPIA COMO TRATAMIENTO PARA LA MIGRAÑA

DIEGO MEDINA CRESPO

JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ-VALDEPEÑAS FERNÁNDEZ

ELENA RAMÍREZ DE ARELLANO PORTUGUÉS

1 Introducción

El presente trabajo tiene como finalidad conocer los tratamientos actuales para la migraña, así como las técnicas utilizadas por parte de la fisioterapia para su control.

Podemos definir la migraña como una cefalea primaria con una serie de signos y síntomas asociados. Actualmente, esta patología se ha visto incrementada, viéndose una alta prevalencia en la sociedad, debido en parte a los cambios que se han dado en los hábitos de vida, que cada vez son menos saludables, las diferentes crisis económicas y la reciente pandemia mundial, motivos de estrés, sedentarismo

Dicha enfermedad se da sobre todo en la edad productiva o laboral y resulta bastante incapacitante, por todo esto se hace necesario un tratamiento que permite que el usuario pueda tener una buena calidad de vida.

Como hemos mencionado, la migraña es un tipo de cefalea primaria, es, por tanto, indispensable un buen diagnóstico diferencial con el resto de cefaleas, de igual modo esta, a su vez, se puede clasificar en dos tipos en función de la presencia o no de aura, y en función de la frecuencia en aguda o crónica.

Actualmente, no se conoce el origen exacto de esta patología, haciendo que el tratamiento sea más complicado, por ello que el fin principal de este sea reducir el dolor y la incapacidad asociada mejorando la vida de los pacientes.

2 Objetivos

- Conocer las características de la migraña: definición, prevalencia, clasificación, diagnóstico y tratamiento.
- Descubrir las diferentes técnicas de fisioterapia utilizadas para su control.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática, analizando diversos artículos obtenidos a partir de diferentes buscadores y bases de datos como: Scielo, PubMed, Medline, revista médica, Google académico.

Para reducir la búsqueda se utilizaron los siguientes operadores booleanos: and, or y las siguientes palabras claves: migraña, cefalea primaria, tratamiento, fisioterapia.

4 Resultados

Características de la migraña, definición, clasificación, prevalencia, diagnóstico y tratamiento

La migraña, como hemos comentado, es un tipo de cefalea primaria definida como un desorden crónico del sistema nervioso incapacitante para las personas que la presentan.

Se divide principalmente en dos tipos:

- Migraña sin aura:

Diremos que el paciente presenta este tipo de migraña cuando observemos que es una cefalea recurrente que presenta crisis con una duración de entre 4-72 horas. Dicha cefalea presenta los siguientes síntomas: localización unilateral, suele ser un dolor pulsátil con intensidad variada y que se suele acompañar de vómitos, fotofobia o fotofobia

- Migraña con aura:

En este tipo encontramos que de manera predecesora a las crisis de cefalea se dan alteraciones en el sistema nervioso, siendo las más frecuentes las visuales.

Lo demás será igual que las anteriores

Que el paciente presente una no lo hace excluyente de presentar el otro tipo, es decir, un paciente a lo largo de su vida puede presentar los dos tipos de migraña. Esta clasificación no es la única que encontramos, si atendemos a la frecuencia con la que se producen estas cefaleas, la migraña se clasifica en:

- Aguda: será la que se dé con una duración de menos de 15 días al mes.
- Crónica: incluiremos a la migraña en este tipo cuando la cefalea sea de 15 días o más al mes durante más de 3 meses.

A día de hoy no se conoce de manera certera el origen de esta patología, sin embargo, sí que hay varias teorías.

La teoría principal es que es producida por una alteración a nivel vascular, sin embargo, a lo largo del tiempo el hecho de observar la sensibilización de las vías del dolor, así como la probabilidad de que las crisis tengan un origen en el sistema nervioso central, ha ido recibiendo una atención mayor, haciendo que esta patología se vuelva mucho más compleja.

Prevalencia

La migraña tiene una alta prevalencia en la época actual, aunque se desconoce el origen exacto de esta patología, se ha observado que el estrés, las alteraciones del sueño... agravan su aparición, es por ello que se cree que debido a los estilos de vida de la sociedad actual esta se haya visto incrementada, se da sobre todo en la edad productiva y laboral donde esas alteraciones mencionadas se dan de manera significativa.

Además, se presenta en mayor medida en mujeres que en hombres.

Según la OMS, es la sexta enfermedad con mayor prevalencia a nivel mundial, afectando hasta el 30 % de la población, siendo este porcentaje mayor en las edades comprendidas entre 22 y 75 años.

1. Diagnóstico:

Para diagnosticar de manera correcta al paciente, es necesario hacer un diagnóstico diferencial con el resto de cefaleas primarias, pues la mayoría presentan signos y síntomas parecidos, para ello se seguirán una serie de criterios. Se dirá entonces que el paciente presenta migraña cuando cumpla los siguientes criterios:

Al menos 5 crisis, con una duración de entre 4- 72 horas; que presente dos de las siguientes características: localización unilateral del dolor, calidad pulsátil, intensidad moderada o severa y que empeore o impida la actividad física habitual; y que lleve acompañado durante el dolor al menos una de las siguientes: vómitos y/ o náuseas y fotofobia y fonofobia.

Un buen diagnóstico es imprescindible para poder dar un tratamiento adecuado.

2. Tratamiento

Debido al desconocimiento del origen exacto de la migraña, el tratamiento no tiene como fin la curación, sino el control de síntomas y evitar o disminuir la aparición de las crisis.

El tratamiento puede ser farmacológico o no farmacológico.

Dentro del tratamiento farmacológico encontramos los antiinflamatorios no esteroideos (AINES), paracetamol, los triptanes, opioides... su fin es reducir y controlar los síntomas asociados a la cefalea.

Debido a los efectos adversos de estos medicamentos, es necesario que el tratamiento se efectúe de manera individualizada en función de las características propias de cada paciente.

De igual manera, se debe hacer con el tratamiento preventivo, el cual se pautará en función de la frecuencia y características del usuario. Lo más frecuentes son los betabloqueantes, los antidepresivos tricíclicos y el topiramato.

En el caso del tratamiento no farmacológico: irán dirigidos sobre todo pacientes con alteraciones neuromusculares, a aquellos que presenten estrés, ansiedad... desencadenantes de la migraña y para todos aquellos pacientes en el que el tratamiento farmacológico no ha tenido éxito, nos encontramos con: biorretroalimentación térmica o electromiográfica, técnicas de relajación, terapia cognitivo-conductual, fisioterapia...

3. Tratamiento de fisioterapia en la migraña.

La fisioterapia es un tratamiento fundamental en este tipo de patología, pues como hemos visto a lo largo del trabajo, esta patología tiene alteraciones músculo-esqueléticas, y actuar a este nivel consigue una reducción del dolor y de la frecuencia de aparición de las crisis.

Dentro la fisioterapia encontramos diferentes técnicas de actuación, una de ellas es la terapia manual.

La terapia manual consiste en la aplicación manual de presiones en diferente musculatura con el fin de aliviar y reducir el dolor, dar lugar a un estado de relajación, disminuir la inflamación del tejido muscular.... Este método es seguro y eficaz y al igual que el farmacológico debe ser individualizado para cada paciente, pues cada uno tendrá unas características físicas diferentes.

No solo consta de aplicación de presiones, sino que en función de las características también se realizarán movilizaciones, ejercicios terapéuticos...

Aunque no hay mucha evidencia, sí que se puede observar una correlación entre la aplicación de este tipo de tratamiento y la reducción del dolor y frecuencia de la aparición de migrañas en aquellos pacientes que las sufre, mejorando con ello la calidad de vida y sus relaciones sociales.

5 Discusión-Conclusión

Tras la realización del presente trabajo podemos concluir que a día de hoy la migraña es una enfermedad compleja, pues aún no se sabe cuál es el origen exacto de esta patología, además a medida que avanza la investigación se van descubriendo que hay más componentes neuronales lo que dificulta más su hallazgo, a esto hay que sumarle que su diagnóstico suele ser complicado, pues tiene características similares con otro tipo de cefaleas, y hay que prestar gran atención a los criterios diferenciales, pues de un diagnóstico adecuado y precoz dependerá que el tratamiento sea el adecuado.

Además, tras el análisis de los diversos artículos hemos podido observar que no hay un tratamiento curativo, pues la falta de conocimiento sobre la etiología lo impide, sin embargo, sí que vemos que hay varios tratamientos en cuanto al control de los síntomas y a la prevención de las apariciones de las crisis.

Actualmente, no solo se utiliza el tratamiento farmacológico, sino que contamos con el no farmacológico que ha ido cobrando más importancia a lo largo de los años, en él encontraríamos la fisioterapia, con la cual se ha visto una disminución significativa del dolor y la frecuencia, no obstante, no hay evidencia suficiente para saber cuál es la técnica de fisioterapia que más puede funcionar para este tipo de pacientes, por lo que es necesario que hay más investigación.

6 Bibliografía

1. Bevilaqua-Grossi D, Gonçalves MC, Carvalho GF, Florencio LL, Dach F, Speciali JG, et al. Additional Effects of a Physical Therapy Protocol on Headache Frequency, Pressure Pain Threshold, and Improvement Perception in Patients With Migraine and Associated Neck Pain: A Randomized Controlled Trial. *Arch Phys Med Rehabil.* 2016 Jun;97(6):866-74.
2. Bronfort G, Nilsson N, Haas M, Evans R, Goldsmith CH, Assendelft WJ, et al. Non-invasive physical treatments for chronic/recurrent headache. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;(3):CD001878.
3. Chaibi A, Tuchin PJ, Russell MB. Manual therapies for migraine: a systematic review. *J Headache Pain.* 2011 Apr;12(2):127-33.
4. Garrigós-Pedron M, La Touche R, Navarro-Desentre P, Gracia-Naya M, Segura-Ortí E. Effects of a Physical Therapy Protocol in Patients with Chronic Migraine and Temporomandibular Disorders: A Randomized, Single-Blinded, Clinical Trial. *J Oral Facial Pain Headache.* 2018 Spring;32(2):137-150.
4. Hanssen H, Minghetti A, Magon S, Rossmeissl A, Rasenack M, Papadopoulou

- A, et al. Effects of different endurance exercise modalities on migraine days and cerebrovascular health in episodic migraineurs: A randomized controlled trial. *Scand J Med Sci Sports*. 2018 Mar;28(3):1103-1112.
5. Ghanbari A, Askarzadeh S, Petramfar P, Mohamadi M. Migraine responds better to a combination of medical therapy and trigger point management than routine medical therapy alone. *NeuroRehabilitation*. 2015;37(1):157-63.
6. Happe S, Peikert A, Siegert R, Evers S. The efficacy of lymphatic drainage and traditional massage in the prophylaxis of migraine: a randomized, controlled parallel group study. *Neurol Sci*. 2016 Oct;37(10):1627-32..
7. Sahai-Srivastava S, Sigman E, Uyeshiro Simon A, Cleary L, Ginoza L. Multidisciplinary Team Treatment Approaches to Chronic Daily Headaches. *Headache*. 2017 Oct;57(9):1482-1491.
8. Schoenen J, Roberta B, Magis D, Coppola G. Noninvasive neurostimulation methods for migraine therapy: The available evidence. *Cephalalgia*. 2016 Oct;36(12):1170-1180.
9. Sharma VM, Manjunath NK, Nagendra HR, Ertsey C. Combination of Ayurveda and Yoga therapy reduces pain intensity and improves quality of life in patients with migraine headache. *Complement Ther Clin Pract*. 2018 Aug;32:85-91.
10. Sun Y, Gan TJ. Acupuncture for the management of chronic headache: a systematic review. *Anesth Analg*. 2008 Dec;107(6):2038-47.
11. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3^a edition (beta version). *Cephalgia*. 2013;33:629-808.
12. Fernández Concepción O, Canuet Delis L. Discapacidad y calidad de vida en pacientes con migraña: Factores determinantes. *Rev Neurol*. 2003;36(12):1105-112.
13. Lipton RB, Silberstein SD. Episodic and Chronic Migraine Headache: Breaking Down Barriers to Optimal Treatment and Prevention. *The Journal of Head and Face Pain*. 2015;55:99-122.
14. Triviño MJD. Antimigrañosos. *Farmacia profesional*. 2008;22(2):38-42.
15. Espí-López GV, Ruescas-Nicolau MA, Nova-Redondo C, BenítezMartínez JC, Dugailly PM, Falla D. Effect of Soft Tissue Techniques on Headache Impact, Disability, and Quality of Life in Migraine Sufferers: A Pilot Study. *J Altern Complement Med*. 2018;24(11):1099-107.
16. Goadsby PJ, Holland PR, Martins-Oliveira M, Hoffmann J, Schankin C, Akerman S. Pathophysiology of migraine: A disorder of sensory processing. *Physiol Rev*. 2017;97(2):553-622.
17. Coppola G, Di Lorenzo C, Serrao M, Parisi V, Schoenen J, Pierelli F. Pathophysiological targets for non-pharmacological treatment of migraine. *Cephalal-*

gia. 2016;36(12):1103–111.

18. Benavides D, Rodríguez LC, Restrepo J, Vargas BD. Fisiopatología de la migraña: Teoría vascular, ¿Cierta o no?. *Acta Neurol Colomb*. 2015;31(1):84–91.

19. Bevilaqua-Grossi D, Gonçalves MC, Carvalho GF, Florencio LL, Dach F, Speciali JG, et al. Additional Effects of a Physical Therapy Protocol on Headache Frequency, Pressure Pain Threshold, and Improvement Perception in Patients With Migraine and Associated Neck Pain: A Randomized Controlled Trial. *Arch Phys Med Rehabil*. 2016;97(6):866–74.

20. Akerman S, Romero-Reyes M. Insights into the pharmacological targeting of the trigeminocervical complex in the context of treatments of migraine. *Expert Rev Neurother*. 2013;13(9):1041–59.

Antonaci F, Sjaastad O. Cervicogenic headache: A real headache. *Curr 35 Neurol Neurosci Rep*. 2011;11(2):149–55.

21. Burch R. Migraine and Tension-Type Headache: Diagnosis and Treatment. *Med Clin N Am*. 2019;103(2):215–33.

22. Malo-Urriés M, Tricás-Moreno JM, Estébanez-de-Miguel E, HidalgoGarcía C, Carrasco-Uribarren A, Cabanillas-Barea S. Immediate Effects of Upper Cervical Translatory Mobilization on Cervical Mobility and Pressure Pain Threshold in Patients With Cervicogenic Headache: A Randomized Controlled Trial. *J Manipulative Physiol Ther*. 2017;40(9):649–58.

23. O'Mullony I, Lafuente A, Pareja JA. Cefalea cervicogénica. Diagnóstico, diagnóstico diferencial y principios generales del tratamiento. *Rev Soc Esp Dolor*. 2005;12(1):24–32.

24. Romero-Godoy R. Origen de la Cefalea Tensional. *Rev fisioter*. 2010;9(1):37–42.

25. Quesada Vázquez AJ, Contreras Maure LJ, Pérez Joa AS, Mendoza Acosta O, Álvarez Aliaga A, Frómeta Guerra A. Prevalencia y características clínico epidemiológicas de la migraña en Bayamo. *Multimed*. 2017;21(4):414–29.

26. Zavala HA, Saravia BB. Epidemiología e impacto socio económico de la migraña. *Rev Neurol Argentina*. 2003;28(2):79–84.

27. Valade D. Les avancées dans les traitements de crise et de fond de la maladie migraineuse. *Biol Aujourd'hui*. 2019;213(1–2):59–64.

28. Malo Urriés M, Hidalgo García C, Esteban Peirat P, Esteban Pérez J, Martínez Torres R, Cuenca Vela M. Fiabilidad intraexaminador en la detección de la contracción de la musculatura flexora superficial del cuello durante el Test de Flexión Cráneo-Cervical. *Cuest Fisioter*. 2016;45(3):163–170.

29. Falla DL, Campbell CD, Fagan AE, Thompson DC, Jull GA. Relationship between cranio-cervical flexion range of motion and pressure change during the

cranio-cervical flexion test. *Man Ther.* 2003;8(2):92–6.

30. Ogince M, Hall T, Robinson K, Blackmore AM. The diagnostic validity of the cervical flexion-rotation test in C1/2-related cervicogenic headache. *Man Ther.* 2007;12(3):256–62.

31. Takasaki H, Hall T, Oshiro S, Kaneko S, Ikemoto Y, Jull G. Normal kinematics of the upper cervical spine during the Flexion-Rotation Test - In vivo measurements using magnetic resonance imaging. *Man Ther.* 2011;16(2):167–71.

32. Maistrello LF, Geri T, Gianola S, Zaninetti M, Testa M. Effectiveness of trigger point manual treatment on the frequency, intensity, and duration of attacks in primary headaches: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Front Neurol.* 2018;9:254.

33. Espí-López GV., Gómez-Conesa A, Gómez AA, Martínez JB, PascualVaca ÁO, Blanco CR. Treatment of tension-type headache with articulatory and suboccipital soft tissue therapy: A double-blind, randomized, placebo-controlled clinical trial. *J Bodyw Mov Ther.* 2014;18(4):576–85.

34. Hurwitz EL, Aker PD, Adams AH, Meeker WC, Shekelle PG. Manipulation and Mobilization of the Cervical Spine: A Systematic Review of the Literature. *Spine.* 1996;21(15):1746–59.

35. Cívico Quintero H, Reyes Hernández D, Hernández Madan G, NG Lio L, Delgado Ramírez M. Agentes físicos en el tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Rev Cub Med Mil.* 2002;31(2):119-25.

36. Bronfort G, Haas M, Evans RL, Goldsmith CH, Assendelft WJJ, Bouter LM. Non-invasive physical treatments for chronic/recurrent headache. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(8):3–6.

37. Happe S, Peikert A, Siegert R, Evers S. The efficacy of lymphatic drainage and traditional massage in the prophylaxis of migraine: a randomized, controlled parallel group study. *Neurol Sci.* 2016;37(10):1627–32.

38. Chaibi A, Tuchin PJ, Russell MB. Manual therapies for migraine: A systematic review. *J Headache Pain.* 2011;12(2):127–33. 37

39. Biondi DM. Cervicogenic headache: a review of diagnostic and treatment strategies. *J Am Osteopath Assoc.* 2005;105(4 Suppl 2):16S22S.

40. Bogduk N. Anatomy and physiology of headache. *Biomed & Pharmacother.* 1995;49(10):435–45.

41. Goslin RE, Gray RN, McCrory DC, Penzien D, Rains J, Hasselblad V. Behavioral and Physical Treatments for Migraine Headache. Rockville (MD): Agency for Health Care Policy and Research (US). 1999.

42. Antonaci F, Ghirmai S, Bono G, Sandrini G, Nappi G. Cervicogenic headache: evaluation of the original diagnostic criteria. *Cephalalgia.* 2001;21(5):573-583.

43. Dvir Z, Werner V, Peretz C. The effect of measurement protocol on active cervical motion in healthy subjects. *Physiother Res Int* 2002;7(3):136-145.
44. Oliveira-Souza AIS, Florencio LL, Carvalho GF, Fernández-De-LasPeñas C, Dach F, Bevilaqua-Grossi D. Reduced flexion rotation test in women with chronic and episodic migraine. *Brazilian J Phys Ther.* 2019;23(5):387-94.
45. Rezaeian T, Mosallanezhad Z, Nourbakhsh MR, Noroozi M, Sajedi F. Effects of Dry Needling Technique into Trigger Points of the Sternocleidomastoid Muscle in Migraine Headache: A Randomized Controlled Trial. *Am J Phys Med Rehabil.* 2020;99(12):1129-37.
46. Rist PM, Hernandez A, Bernstein C, Kowalski M, Osypiuk K, Vining R, et al. The impact of spinal manipulation on migraine pain and disability: A systematic review and meta-analysis. *Headache.* 2019;59(4):532-42.
47. Chaibi A, Benth JS, Tuchin PJ, Russell MB. Chiropractic spinal manipulative therapy for migraine: a three-armed, single-blinded, placebo, randomized controlled trial. *Eur J Neurol.* 2017;24(1):143-53.
48. Pourahmadi M, Mohseni-Bandpei MA, Keshtkar A, Koes BW, Fernández-de-Las-Peñas C, Dommerholt J, et al. Effectiveness of dry needling for improving pain and disability in adults with tension-type, cervicogenic, or migraine headaches: protocol for a systematic review. *Chiropr Man Therap.* 2019;27:43.
49. Pourahmadi M, Dommerholt J, Fernández-de-Las-Peñas C, Koes BW, Mohseni-Bandpei MA, Mansournia MA, et al. Dry Needling for the Treatment of Tension-Type, Cervicogenic, or Migraine Headaches: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Phys Ther.* 2021;101(5):pzab068.
50. Smith MS, Olivas J, Smith K. Manipulative Therapies: What Works. *Am Fam Physician.* 2019;99(4):248-52.
51. Rodríguez-Sanz J, Malo-Urriés M, Corral-De-Toro J, López-De-Celis C, Lucha-López MO, Tricás-Moreno JM, et al. Does the addition of manual therapy approach to a cervical exercise program improve clinical outcomes for patients with chronic neck pain in short-and mid-term? A randomized controlled trial. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(18):1–20.

Capítulo 352

EFICACIA DEL EJERCICIO TERAPÉUTICO APLICADO EN FISIOTERAPIA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

RAFAEL GUZMÁN ASOLAS

JOAQUÍN CASAS CARRASCO

1 Introducción

La esclerosis lateral amiotrófica es una enfermedad que consiste en la degeneración progresiva de las motoneuronas en el tronco encefálico, la médula espinal y la corteza cerebral, ocasionando debilidad muscular, espasticidad, fatiga, atrofia músculo-esquelética y parálisis, ocasionando con el tiempo la muerte. Si bien es cierto que la movilidad ocular, la sensibilidad y la capacidad intelectual no se ven afectadas.

Los tratamientos actuales están dirigidos a fortalecer la función física de los pacientes, mejorar su estado psíquico y emocional, reducir en la medida de lo posible las complicaciones que puedan surgir y mejorar su calidad de vida.

Dentro de la fisioterapia, como herramienta no farmacológica, se encuentra el ejercicio terapéutico, aplicado desde el inicio de la enfermedad hasta la fase terminal. Todo indica que el ejercicio puede ser importante para las personas con esclerosis lateral amiotrófica. Sin embargo, la evidencia científica se muestra contradictoria a la hora de detallar los resultados que se pueden obtener tras su aplicación en adultos con esclerosis lateral amiotrófica, así como con la frecuencia e intensidad que se debe realizar.

En este capítulo se mostrará qué dice la literatura más reciente acerca del empleo del ejercicio terapéutico en fisioterapia para el tratamiento de pacientes que sufren de esclerosis lateral amiotrófica.

2 Objetivos

- Conocer qué dice la literatura más actual acerca de la aplicación del ejercicio terapéutico en pacientes que padecen esclerosis lateral amiotrófica.
- Evidenciar si la utilización del ejercicio terapéutico es eficaz para la recuperación de estos pacientes.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica mediante la consulta de distintas bases de datos científicas: PEDro, PubMed, Scielo y Cochrane.

Como palabras clave ("keywords") se han utilizado "Amyotrophic Lateral Sclerosis", "therapeutic exercise" y "physiotherapy", escogiendo la literatura publicada en los últimos cinco años.

4 Resultados

Los resultados obtenidos tras la lectura y análisis de los artículos seleccionados son bastante esclarecedores.

La aplicación de ejercicio terapéutico provoca una mejoría de los músculos entrenados, pero todavía hay discrepancia con respecto a la funcionalidad (no se ha podido evaluar la eficacia con respecto a la mejora de la función tras emplear la escala Borg). Tras entrenar las extremidades inferiores se aumenta la fuerza en acciones como extensión de rodilla, pero no hay muchos avances a la hora de realizar determinadas actividades como subir escaleras o incluso caminar.

También cabe resaltar que, a pesar de la realización de ejercicio terapéutico, la enfermedad es progresiva, por lo que es imposible frenar el avance. Aun así, es conveniente realizar el ejercicio para retrasar las consecuencias del deterioro, ya que se ha observado que los beneficios alcanzados tras el ejercicio terapéutico repercuten a corto, medio y largo plazo.

En cuanto a la periodicidad, los resultados fueron mejores en personas que realizaron ejercicio dos sesiones a la semana que los que la realizaron cinco veces por semana. Esto indica a que el exceso de trabajo es insuficiente, por lo que la

periodicidad debe constante pero periódica y moderada. En cuanto al tiempo de cada sesión, no se ha podido establecer una pauta, ya que la media de las sesiones fue de sesenta minutos, pero la tolerancia al esfuerzo de un paciente con esclerosis lateral amiotrófica es menor que la de un sujeto sano, por lo que se debe explorar más en profundidad esta cuestión.

Todos los artículos concluyen en que se necesitaría seguir investigando sobre este tema, puesto que, aunque la evidencia científica es positiva con respecto a este tema, los estudios son insuficientes y hay aspectos que deben seguir siendo objeto de análisis.

5 Discusión-Conclusión

La aplicación de ejercicio terapéutico provoca cierta mejoría en pacientes que padecen esclerosis lateral amiotrófica en cuanto a la fuerza de los músculos entrenados, pero hay discrepancia con respecto a la funcionalidad que pueda alcanzarse.

La enfermedad es progresiva, no se puede frenar el avance con la realización de ejercicio terapéutico, pero su empleo puede ralentizar las consecuencias del deterioro.

La periodicidad adecuada sería realizar ejercicio terapéutico dos veces por semana, ya que más veces podría suponer una saturación física y no conseguir los beneficios deseados.

Es necesario seguir realizando investigación para que la evidencia científica sobre este tema sea mayor.

6 Bibliografía

1. Ortega-Hombrados L, Molina-Torres G, Galán-Mercant A, Sánchez-Guerrero E, González-Sánchez M, Ruiz-Muñoz M. "Systematic Review of Therapeutic Physical Exercise in Patients with Amyotrophic Lateral Sclerosis over Time". *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Jan 26;18(3):1074.
2. Zhu Y, Xu Y, Xuan R, Huang J, István B, Fekete G, Gu Y. "Mixed Comparison of Different Exercise Interventions for Function, Respiratory, Fatigue, and Quality of Life in Adults With Amyotrophic Lateral Sclerosis: Systematic Review and Network Meta-Analysis". *Front Aging Neurosci*. 2022 Jul 11;14:919059.
3. Zhou B, Wei J, Zhang Y, Liu Y, Shan S, Ye S, Li B, Fan D, Luo Y. "Different observation period of exercise training in amyotrophic lateral sclerosis patients: A meta-analysis". *Front Neurol*. 2022 Oct 21;13:986882.

Capítulo 353

¿SON EFICACES LOS EJERCICIOS RESISTIDOS APLICADOS EN FISIOTERAPIA EN PACIENTES CON PÁRKINSON?

RAFAEL GUZMÁN ASOLAS

JOAQUÍN CASAS CARRASCO

1 Introducción

La enfermedad de Párkinson es un trastorno de carácter neurodegenerativo que afecta al sistema nervioso. Consiste en la degeneración de neuronas en la sustancia negra. Es crónica y progresiva, y es la segunda enfermedad neurodegenerativa más común por detrás del Alzheimer. Cursa con alteración del movimiento (temblor de reposo, rigidez, bradicinesia e inestabilidad postural), trastornos del sueño, síntomas psiquiátricos y disfunción cognitiva.

No se conocen las causas de su aparición.

Actualmente, no hay ningún tratamiento que detenga el avance y la progresión de la enfermedad. La levodopa sigue siendo el tratamiento farmacológico más efectivo para los síntomas motores, pero con el tiempo se va generando resistencia.

Dentro de los tratamientos que puede emplear un fisioterapeuta, se emplea el ejercicio terapéutico. Se sabe que el ejercicio aeróbico es beneficioso para mejorar los síntomas motores, mejorando la calidad de vida de las personas afectadas. Los ejercicios resistidos también son utilizados, pero la evidencia científica en este

campo es contradictoria, por lo que no hay un consenso claro acerca de su pauta y su uso.

En este capítulo se mostrará qué dice la literatura más reciente acerca del empleo de los ejercicios resistidos en fisioterapia para el tratamiento de pacientes que sufren de la enfermedad de Parkinson.

2 Objetivos

- Conocer qué dice la literatura más actual acerca de la aplicación de los ejercicios resistidos en pacientes con enfermedad de Parkinson.
- Evidenciar si los ejercicios resistidos son eficaces para la recuperación de estos pacientes.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica mediante la consulta de distintas bases de datos científicas: PEDro, PubMed, Scielo y Cochrane.

Como palabras clave ("keywords") se han utilizado "Parkinson", "resistance exercises" y "physiotherapy", escogiendo la literatura publicada en los últimos cinco años.

4 Resultados

Los resultados obtenidos tras la lectura y análisis de los artículos seleccionados son bastante esclarecedores.

Todos los estudios seleccionados en esta revisión bibliográfica muestran que los ejercicios resistidos utilizados en pacientes con enfermedad de Parkinson son beneficiosos. En concreto, tras su aplicación, se consigue una buena adaptación del músculo y se produce una hipertrofia de las fibras musculares, sobre todo en las fibras musculares tipo II (además se apunta que, trabajando estas fibras, se puede contrarrestar el efecto degenerativo de las mismas, promoviendo su regeneración).

En cuanto a la intensidad, todos los artículos señalan que es más efectivo y útil la aplicación de ejercicios resistidos de alta intensidad en comparación con los de baja intensidad. No tienen efectos contraproducentes y los efectos obtenidos son mayores, apareciendo también antes en el tiempo. Si bien es cierto que los

ejercicios resistidos de alta intensidad son muy demandantes, por lo que es conveniente realizarlos en cortos períodos. Si se aplican de esta manera, son mucho más efectivos que los ejercicios aeróbicos para reducir los síntomas motores. Todos estos beneficios obtenidos se traducen en una mejora de la calidad de vida de los pacientes que sufren la enfermedad de Párkinson, ya que mejoran los síntomas motores, se sienten menos fatigados, tienen un mejor apetito y duermen y descansan mejor.

Los pacientes cuyo estadio se sitúa en leve y moderado tienen mayor mejoría que los que presentan un estado avanzado de la enfermedad.

Todos los artículos finalizan en que se necesitaría seguir investigando sobre este tema, ya que aunque la evidencia científica es positiva con respecto a este tema, sería conveniente que la población estudiada sea mayor para que los resultados sean todavía más concluyentes.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, todos los estudios recalcan que los ejercicios resistidos son beneficiosos en pacientes con enfermedad de Párkinson. Se consigue una buena adaptación del músculo y se produce una hipertrofia de las fibras musculares.

Los ejercicios resistidos de alta intensidad son más beneficiosos que los de intensidad baja. No tienen efectos contraproducentes. Hay que realizarlos en cortos periodos, ya que son muy demandantes.

Los ejercicios resistidos son más útiles en pacientes que se encuentran en un estadio de leve y moderado.

Es necesario seguir investigando y realizando estudios sobre este tema para que la evidencia científica sea más concluyente.

6 Bibliografía

1. Kim Y, Lai B, Mehta T, Thirumalai M, Padalabalanarayanan S, Rimmer JH, Motl RW. "Exercise Training Guidelines for Multiple Sclerosis, Stroke, and Parkinson Disease: Rapid Review and Synthesis". *Am J Phys Med Rehabil*. 2019 Jul;98(7):613-621.
2. Zhou X, Zhao P, Guo X, Wang J, Wang R. "Effectiveness of aerobic and resistance training on the motor symptoms in Parkinson's disease: Systematic review and network meta-analysis". *Front Aging Neurosci*. 2022 Aug 1;14:935176.

3. Yang Y, Wang G, Zhang S, Wang H, Zhou W, Ren F, Liang H, Wu D, Ji X, Hashimoto M, Wei J. "Efficacy and evaluation of therapeutic exercises on adults with Parkinson's disease: a systematic review and network meta-analysis". *BMC Geriatr*. 2022 Oct 21;22(1):813.
4. Karpodini CC, Dinas PC, Angelopoulou E, Wyon MA, Haas AN, Bougiesi M, Papageorgiou SG, Koutedakis Y. "Rhythmic cueing, dance, resistance training, and Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis". *Front Neurol*. 2022 Aug 9;13:875178.
5. Li X, He J, Yun J, Qin H. "Lower Limb Resistance Training in Individuals With Parkinson's Disease: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials". *Front Neurol*. 2020 Nov 13;11:591605.

Capítulo 354

¿ES ÚTIL REALIZAR EJERCICIO TERAPÉUTICO EN FISIOTERAPIA EN PERSONAS QUE PADECEN FIBROSIS QUÍSTICA?

JOAQUÍN CASAS CARRASCO

RAFAEL GUZMÁN ASOLAS

1 Introducción

La fibrosis quística es una patología que provoca una acumulación de moco espeso en los pulmones, aunque ese moco también puede depositarse en el tubo digestivo y en otras partes del cuerpo. Es una enfermedad pulmonar crónica y de las más comunes en niños y adultos jóvenes. Es de carácter hereditario.

La fibrosis quística causa dificultad para respirar y limita la actividad en su día a día, así como la práctica de ejercicio. Cuando la enfermedad va progresando, la capacidad de ejercicio se va reduciendo y se produce inactividad física. Con el tiempo, la fibrosis quística es potencialmente mortal.

Dentro de la fisioterapia, aparte de las técnicas de fisioterapia respiratoria recomendadas, el ejercicio terapéutico es una práctica habitual para la intervención de estos pacientes. Los fisioterapeutas intervienen tanto en el ámbito educativo como en el ámbito sanitario. Dado que la ciencia y la medicina avanza, es necesario actualizar la evidencia científica que hay disponible acerca de este tema.

En este estudio se va a revisar si la evidencia que hay sobre si el ejercicio terapéutico aplicado en fisioterapia tiene algún efecto sobre la capacidad de ejerci-

cio, mejora de la funcionalidad y calidad de vida de las personas que sufren esta enfermedad.

2 Objetivos

- Conocer qué dice la literatura más actual acerca de la aplicación del ejercicio terapéutico en pacientes que sufren de fibrosis quística.
- Evidenciar si su uso es eficaz para la recuperación de estos pacientes.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica mediante la consulta de distintas bases de datos científicas: Scielo, PubMed, PEDro y Cochrane.

Como palabras clave ("keywords") se han utilizado "cystic fibrosis", "therapeutic exercise" y "physiotherapy", escogiendo la literatura publicada en los últimos cinco años.

4 Resultados

Los resultados obtenidos tras la lectura y análisis de los artículos seleccionados son bastante esclarecedores.

La aplicación de ejercicio terapéutico en pacientes afectados de fibrosis quística es positiva. Los efectos se ven tanto a corto como a medio plazo (en un baremo de seis meses). Se mejora la capacidad de ejercicio, y por consiguiente, la realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y se mejora la calidad de vida.

Si bien es cierto que la evidencia actual no muestra mejoría con respecto a la función pulmonar, por lo que es necesario seguir aplicando un buen programa de fisioterapia respiratoria en combinación con el ejercicio terapéutico.

Los efectos adversos tras la aplicación de actividad física son bastante raros, y no hay razón para que las personas con fibrosis quística no realicen ejercicio terapéutico de manera regular.

Debido al tipo de población afectada (niños y adultos jóvenes) no se puede establecer un protocolo clínico de actuación. Hay que atender a las necesidades de cada persona e instaurar un programa personal e individualizado para conseguir los mejores beneficios. Además, hay que revisarlos y adaptarlos con el tiempo,

atendiendo a las capacidades presentes de la persona, así como ver el tipo y la duración de la práctica de ejercicio.

Los ejercicios deben estar supervisados por profesionales expertos en este tema (como los fisioterapeutas) para que los objetivos alcanzados sean óptimos. Además, al no aparecer ningún efecto secundario, los ejercicios se pueden realizar en el ámbito del hogar y en el ámbito educativo.

Todos los artículos finalizan en que se necesitaría seguir investigando sobre este tema, ya que sería conveniente que la población estudiada sea mayor para que los resultados sean todavía más concluyentes y de alta calidad.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se confirma que todos los estudios muestran que la aplicación de ejercicio terapéutico en pacientes afectados de fibrosis quística es positiva. Se produce mejoría en la capacidad de ejercicio y resistencia, traduciéndose en una mejora de la calidad de vida.

No se encuentra evidencia con respecto a la mejoría de la función pulmonar aplicando ejercicio terapéutico, por lo que sigue siendo necesaria la aplicación de fisioterapia respiratoria para el tratamiento de estos pacientes.

Todos los artículos concluyen en que se necesita seguir investigando y realizando estudios sobre este tema para que la evidencia científica sea todavía más concluyente.

6 Bibliografía

1. Radtke T, Smith S, Nevitt SJ, Hebestreit H, Kriemler S. "Physical activity and exercise training in cystic fibrosis". *Cochrane Database Syst Rev*. 2022 Aug 9;8(8):CD002768.
2. García-Pérez-de-Sevilla G, Yvert T, Blanco Á, Sosa Pedreschi AI, Thuissard IJ, Pérez-Ruiz M. "Effectiveness of Physical Exercise Interventions on Pulmonary Function and Physical Fitness in Children and Adults with Cystic Fibrosis: A Systematic Review with Meta-Analysis". *Healthcare (Basel)*. 2022 Nov 3;10(11):2205.
3. Heinz KD, Walsh A, Southern KW, Johnstone Z, Regan KH. "Exercise versus airway clearance techniques for people with cystic fibrosis". *Cochrane Database Syst Rev*. 2022 Jun 22;6(6):CD013285.
4. Ben Bowhay, Latour JM, Tomlinson OW. "A systematic review to explore how exercise-based physiotherapy via telemedicine can promote health related benefits for people with cystic fibrosis". *PLOS Digit Health*. 2023 Feb 27;2(2):e0000201.

5. Nicolson WB, Bailey J, Alotaibi NZ, Krick S, Lowman JD. Effects of Exercise on Nutritional Status in People with Cystic Fibrosis: A Systematic Review. *Nutrients*. 2022 Feb 22;14(5):933.

Capítulo 355

FISIOTERAPIA EN ROTURA DE SUPRAESPINOSO

SUSANA PUENTE CANALEJAS

DAVID SIERRA RUIZ

SOFIA LÓPEZ GONZÁLEZ

MARIA LUCIA EXPOSITO SILLER

1 Introducción

El manguito de los rotadores está compuesto por cuatro músculos: supraespinoso, infraespinoso, redondo menor y subescapular, y sus funciones son ofrecer movilidad, fuerza y estabilización a la articulación glenohumeral.

La tendinopatía se la considera la patología de tejidos blandos más prevalente en el hombro. Además, se la puede clasificar por el tiempo de evolución (aguda o crónica), la etiología (traumática o degenerativa) y el grado de rotura del tendón (parcial o completa).

La rotura del tendón del supraespinoso se ocasiona por un movimiento más o menos brusco de abducción, generalmente contra resistencia. Se trata de lesiones que en un primer momento pueden ser pequeñas y con el esfuerzo diario van aumentando.

Se ha valorado la separación entre cartílago de la cabeza humeral y la inserción del tendón supraespinoso como un indicador de integridad y de la tensión del músculo. En el interior del tendón del supraespinoso existen zonas de tensión, lo

que explica que una rotura parcial se convierta fácilmente en una rotura completa. Esta tensión aumenta significativamente desde los 15 hasta los 60 grados de abducción para las porciones superficial y media del tendón. La degeneración del tendón es un hallazgo fisiológico a partir de la quinta década, lo cual puede estar agravado, entre otras causas, por la forma del acromion.

2 Objetivos

- Dar a conocer, a partir de un caso clínico, la rotura del supraespinoso, sus síntomas y tratamiento adecuado.
- Exponer todas las funciones del fisioterapeuta en esta patología.

3 Caso clínico

Hombre de 60 años, fontanero de profesión, inicia con cuadro de dolor agudo en el hombro izquierdo durante su jornada laboral al realizar un sobre esfuerzo.

El paciente acude a urgencias donde se le realiza un examen médico con valoración ecoguiada donde se le diagnostica de una rotura parcial del músculo supraespinoso, cursando con inflamación en toda la articulación del hombro, con limitación asociada al realizar la flexión, abducción y rotación externa e interna del hombro izquierdo en sus primeros grados de movimiento, presentando dolor de 7 en escala visual analógica del dolor, y falta de fuerza asociada al movimiento. Se prescribe medicación analgésica y antiinflamatoria y se recomienda al paciente reposo y crioterapia los 3 primeros días. Posteriormente, el paciente es citado para comenzar con el tratamiento rehabilitador en la unidad de fisioterapia.

Se inicia el tratamiento rehabilitador marcando una pauta de 3 sesiones por semana a realizar durante 1 mes de tratamiento, aplicando ultrasonido pulsátil, TENS analgésicos, magnetoterapia con pautas antiinflamatorias, movilizaciones pasivas y ejercicios autopasivos controlados por el fisioterapeuta.

En la primera semana de tratamiento disminuye el dolor a un grado 3 en escala visual analógica del dolor y también disminuye la inflamación del paciente, pero persiste limitación funcional al realizar el movimiento activo y pasivo en los últimos grados de flexión, abducción y rotaciones de hombro izquierdo. Se añaden al tratamiento ejercicios activos e isométricos para mejorar la fuerza, la estabilidad y la resistencia de la musculatura del hombro.

Tras cuatro semanas de tratamiento, desaparece la inflamación y se reduce el dolor del paciente por completo. Presenta un balance articular completo, pero

sigue presentando importante falta de fuerza, resistencia y estabilidad en la musculatura del manguito rotador.

4 Discusión-Conclusión

Para la rotura parcial del supraespinoso, un tratamiento de fisioterapia antiálgico y antiinflamatorio resulta beneficioso para mejorar la sintomatología del paciente, disminuyendo el dolor y la inflamación y aumentando el balance articular del hombro en todos sus ejes de movimiento. No obstante, el paciente sigue presentando debilidad en la musculatura, cursando con falta de fuerza y resistencia en toda la región.

Sería interesante añadir al tratamiento un programa de ejercicios controlados contra-resistencia utilizando bandas elásticas, mancuernas y electroestimulación con el fin de aumentar la fuerza y la resistencia muscular del paciente y mejorar de esta manera la estabilidad del hombro.

5 Bibliografía

1. M. Lenza, R. Buchbinder, Y. Takwoingi, R.V. Johnston, N.C. Hanchard, F. Faloppa. Magnetic resonance imaging, magnetic resonance arthrography and ultrasonography for assessing rotator cuff tears in people with shoulder pain for whom surgery is being considered. *Cochrane Database Syst Rev.*, 24 (2013 Sep).
2. J.B. Cowan, A. Bedi, J.E. Carpenter, C.B. Robbins, J.J. Gagnier, B.S. Miller. Evaluation of American Academy of Orthopaedic Surgeons Appropriate Us Criteria for the management of full-thickness rotator cuff tears. *J Shoulder Elbow Surg.*, 25 (2016), pp. 1100-1106.
3. Murcia González MA. Tratamiento de la patología del manguito rotador y síndrome subacromial. *Fisioter Calid Vida*, 10 (2007), pp. 109-22.

Capítulo 356

FISIOTERAPIA ACUÁTICA PARA MEJORAR EL EQUILIBRIO EN PERSONAS CON EDAD AVANZADA

MANUEL ALBERTO MARTINEZ GARCIA

1 Introducción

El ejercicio acuático se postula como una opción para la recuperación funcional de lesiones y el mantenimiento físico de personas mayores. Las características del medio acuático, la viscosidad del agua, la baja acción de la gravedad y la resistencia del agua al movimiento, hacen de este medio un entorno ideal para la recuperación funcional, objeto de la praxis profesional de la fisioterapia. El entrenamiento del equilibrio en este medio parece tener ciertos beneficios en comparación con el ejercicio en tierra, pues ofrece un entorno de trabajo relativamente seguro. Las personas mayores, que tienen un alta tasa de incidencia en caídas, pueden beneficiarse de este tipo de ejercicio para prevenirlas.

El riesgo de caer ha aumentado en los últimos años linealmente, de un 8% sin factor de riesgo a un 78% con cuatro o más factores de riesgo. Alrededor del 10% de las caídas se produjeron durante enfermedad aguda, el 5% durante actividad peligrosa, y el 44% en presencia de riesgos ambientales.

Las caídas son la principal causa de lesiones graves, como fracturas de cadera y traumatismos craneoencefálicos, entre adultos mayores de 65 años. Muchas personas mayores, incluso si no han sufrido una caída, tienen miedo a caer y restringen su actividad, lo que disminuye, en ocasiones drásticamente, su calidad de vida. En el año 2000, las caídas en las personas mayores generaron unos costes

al sistema de salud de EEUU de más de 19.000 millones de dólares, y de 23.600 millones en 2005. Disponer, pues, de información sobre la carga económica de las caídas en personas mayores, puede ayudar a financiar programas de prevención y reducción de los costes totales de la atención sanitaria.

La comunidad de personas mayores se encuentra afectada por diferentes patologías derivadas de la edad avanzada, como la osteoporosis y la artrosis, presentando la primera un alto riesgo de fractura acompañado de alto riesgo de mortalidad y morbilidad. De un 80 a 90% de las fracturas de cadera tienen su causa en caídas, y cada año, una de cada tres personas mayores de 65 años las sufren.

Por otra parte, encontramos también que una de las afectaciones más comunes en las personas mayores es la pérdida de masa muscular (sarcopenia) y, con ella, la debilidad de las extremidades inferiores, la pérdida de fuerza y de funcionalidad física.

Prevenir las caídas es también relevante para la funcionalidad y el mantenimiento de la postura, aspectos en los que juega un papel importante el cambio de cargas entre ambas piernas durante la marcha. En este sentido se han encontrado diferencias en la velocidad para completar la fase de oscilación de la marcha entre individuos que habían sufrido caídas y los que no, siendo estos últimos más rápidos que los anteriores.

En la prevención de caídas se han investigado sobre una variedad de tipos los ejercicios, tanto individuales como grupales, utilizados de forma aislada o en combinación, incluyendo ejercicios de equilibrio, entrenamiento de fuerza y flexibilidad, encontrándose muchas evidencias que apoyan la realización de ejercicios de resistencia, equilibrio, de marcha y coordinación, por su eficacia en la reducción de caídas, recomendándose que los programas de ejercicios de deben iniciar con precaución, debido a que algunos estudios han demostrado que el ejercicio puede incrementar la tasa de caídas en las personas con movilidad reducida, que no están acostumbrados a la actividad física.

En un estudio realizado en marzo de 2013 se ha demostrado que el entrenamiento con perturbaciones del equilibrio mejora la velocidad de reacción del paso en personas mayores.

El ejercicio acuático nos da la posibilidad de incluir varios niveles de resistencia para aumentar la fuerza, aumentar los estímulos somatosensoriales y mejorar el sistema circulatorio. La ausencia de gravedad, la viscosidad, la flotabilidad y la resistencia al movimiento, hace que sea bien tolerado por pacientes que buscan una descarga del peso de sus articulaciones y la realización de un ejercicio físico que en tierra sería imposible realizar.

La temperatura del agua y la acción que ejerce la presión acuática sobre los tejidos tienen un efecto terapéutico sobre el control del sistema circulatorio.

Diferentes autores sugieren que el ejercicio acuático puede mejorar la calidad de vida, reducir la inestabilidad y el riesgo de caídas en personas mayores, a través de la estimulación muscular propioceptiva. Esto se produce por la inestabilidad a la que se somete el cuerpo con el medio acuático, lo que crea una gran cantidad de información sensorial para la mejora de las reacciones del equilibrio del cuerpo. Los ejercicios realizados en tierra son ejecutados al igual que las actividades de la vida diaria, mientras que los realizados en agua, al eliminar el componente gravitacional, someten al sistema somatosensorial a un reto en el mantenimiento de la verticalidad y de reacciones estabilizadoras.

Realizamos una búsqueda previa de revisiones bibliográficas sobre fisioterapia acuática, y encontramos una mayoría enfocada al tratamiento de la artrosis, artritis, rehabilitación postquirúrgica, esclerosis múltiple y en parálisis cerebral.

La fisioterapia acuática es utilizada habitualmente en el entorno fisioterapéutico que dispone de las instalaciones pertinentes. Con el propósito de ampliar nuestro desarrollo profesional surge el siguiente interrogante: ¿es la fisioterapia acuática un procedimiento efectivo para la mejora del equilibrio y el riesgo de caídas en personas con edad avanzada? El objetivo general de esta revisión fue que la evidencia científica diera respuesta a esta pregunta.

2 Objetivos

Examinar la evidencia científica sobre la aplicación clínica de fisioterapia acuática en la mejora del equilibrio y en la prevención de caídas.

3 Metodología

Esta revisión bibliográfica se realizó bajo los criterios PRISMA (preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses) creada para la fundamentación de revisiones bibliográficas.

La cadena de búsqueda de esta revisión fue la siguiente: se seleccionaron ensayos controlados aleatorizados (ECA) usando las siguientes bases de datos: PubMed, Medline, PEDro, Scopus, Cinahl, Sciencedirect; se establecieron como límites de estrategias de búsquedas estudios realizados en humanos, ECAs, sin restricción de género o raza, pacientes mayores de 60 años, y publicados desde el 2010 hasta el 2013.

Los términos de búsqueda fueron obtenidos de palabras clave derivadas de la intervención y las variables a estudiar. Debido a que algunos de ellos como “aquatic exercise or wáter exercises” no están indexados como “medical subject heading”(MESH), se realizó una combinación de palabras, usando los operadores booleanos AND y OR como estrategia de búsqueda en las diferentes bases de datos, de la siguiente manera: “Aquatic OR wáter exercises AND postural balance-aquatic OR wáter exercises AND fall risk.

Para que la revisión fuera reproducible se incluyó el detalle de la cadena de búsqueda que se utilizó para el hallazgo de los artículos seleccionados.

Los criterios de inclusión fueron: estudios tipo ensayo clínico cuya intervención fuese el ejercicio acuático, que tuviesen por variable independiente el equilibrio y que los grupos fueran aleatorizados; estudios que tuvieran una valoración en la escala PEDro(Physiotherapy Evidence Database) igual o mayor a 6/10.

Los criterios de exclusión fueron: estudios en fase inicial, sin conclusión; revisiones bibliográficas que no fueran ensayo clínico aleatorizado; estudios cuya población fueran menores de 60 años; estudios con pacientes con fibromialgia.

Para evaluar la calidad de los ECAs encontrados, se utilizaron dos métodos: la escala PEDro de la que se seleccionaron los estudios cuya puntuación fuera mayor o igual a 6 puntos, y la IVS(Internal vality score, estableciéndose que un estudio de alta calidad sería el que obtuviera una calidad alta con valores de IVS entre 6 y 7, valores de IVS con calidad moderada entre 4 y 5 y una calidad limitada entre 0 y 3.

Debido a la naturaleza de esta revisión, no se realizó un estudio estadístico, no encontrando el efecto global, fundamental para la disparidad de poblaciones, herramientas para la medición de resultados e intervenciones terapéuticas, se utilizó un método cualitativo recomendado por el Grupo Cochrane de Espalda con el uso de niveles de evidencia para la síntesis de los datos: sólida evidencia, múltiples ECA de alta calidad, múltiples ECA de baja calidad y 1 ECA de alta calidad, ninguna evidencia, ningún ECA.

4 Resultados

Los resultados preliminares obtenidos según la estrategia empleada se detallan en la tabla 1. Se hallaron 366 artículos de las anteriores bases de datos y 2 artículos se encontraron mediante búsqueda manual. Se eliminaron un total de 325 artículos que no cumplían los criterios de selección. Se hallaron 29 artículos que estaban duplicados. Hubo un total de 14 ECAs a texto completo potencialmente elegibles, pero solo se cumplían los criterios de inclusión 6, por lo que se excluyeron los

otros 8.

En la selección de estudios controlados y aleatorizados(ECA) se encontraron valoraciones de equilibrio y riesgo de caídas en 4 artículos que tienen por población a mayores con artrosis, 1 artículo que analiza a mayores con osteoporosis y 1 artículo cuya población era sana. De los estudios analizados, 3 artículos aleatorizados a los participantes en 2 grupos: ejercicio acuático y control y otros 3 artículos aleatorizaron a sus participantes en 3 grupos. Dos de ellos compararon el ejercicio acuático con el ejercicio en tierra y con un grupo control. Un artículo comparó el ejercicio acuático solo, con ejercicio acuático, más educación acuática y un grupo control. Solamente en un trabajo se realizó un seguimiento de los participantes 3 meses después de la finalización de la intervención, el cual no encontró ninguna mejora en el grupo de intervención.

Arnol y Cols en su ECA publicado en 2010, con una valoración de la escala PEDro 6/10, tuvo por objetivo comprobar si el ejercicio acuático en mujeres con osteoporosis, a pesar de la disminución de la carga producida en el ambiente acuático, mejoraba la función, el equilibrio y disminuía el riesgo de caídas y de fracturas de cadera. Para este propósito aleatorizó a 68 mujeres mayores de 60 años en 3 grupos: ejercicio acuático, ejercicio en tierra y grupo control. Los terapeutas fueron cegados en la asignación de los grupos. SE valoró el equilibrio y la movilidad funcional. La duración de la intervención fue de 50 minutos, 3 veces por semana durante 20 semanas. El grupo acuático y el de tierra realizaron un calentamiento de 15 minutos,

20 ejercicios de resistencia, 10 de ejercicios de equilibrio y 5 de enfriamiento. El grupo control fue preguntado una vez al mes sobre la realización de algún cambio en su actividad. Solo se encontraron diferencias significativas para una medida de equilibrio. Parece ser un ejercicio eficaz en mujeres con osteoporosis que necesiten mejorar su equilibrio y no puedan realizar ejercicios en tierra.

En otro ECA publicado en 2010 Arnol y FAULKNER realizaron un ensayo clínico para evaluar el efecto del ejercicio acuático complementado con educación sobre el factor riesgo de caídas en personas mayores con artrosis de cadera. El estudio fue sometido a la escala PEDro, obteniendo un valor de 7/10. Se seleccionaron 79 personas mayores de 65 años y las aleatorizaron en 3 grupos. Un grupo hizo ejercicio acuático 2 veces por semana y una vez por semana recibió formación, otro grupo realizó solamente ejercicio acuático y tercer grupo siguió con sus actividades cotidianas. Solo los evaluadores fueron cegados. Se midió el equilibrio y la confianza en el equilibrio. Cada sesión tuvo una duración de 45 minutos y

consistió en calentamiento, ejercicios de fuerza, control de tronco, práctica de postura y equilibrio. Se terminó con un enfriamiento. El grupo acuático + educación además de los ejercicios anteriores, recibió formación sobre la transferencia de los ejercicios a tierra y aumento del conocimiento del riesgo de caídas y las estrategias de prevención. La intervención tuvo una duración de 11 semanas. Extraemos una combinación de ejercicio acuático y educación es efectiva para la mejora del factor de riesgo de caídas en personas mayores con artrosis.

Eibar y Cols realizaron un ECA en 2012 con el objetivo de evaluar los efectos del ejercicio acuático con perturbaciones(WEP) para mejorar la velocidad de reacción voluntaria de cada paso en personas mayores. En la evaluación, el estudio obtuvo una puntuación de 7/10 en la escala PEDro. Treinta y seis personas fueron aleatorizadas en dos grupos, que después cambiaron sus roles para obtener el objetivo del ensayo cruzado. El primer grupo recibió WEP 12 semanas, seguido de 12 semanas de no intervención. El segundo grupo, las 12 primeras semanas, no recibió intervención y las 12 siguientes recibió WEP. Los evaluadores fueron cegados. Se midió la ejecución del paso voluntario y la estabilidad postural (ojos abiertos y cerrados). Se midió al inicio, a las 12 semanas y a las 24 semanas. Los ejercicios contaron con dos fases: mantenimiento estático vertical de la postura con los pies en el fondo de la piscina mientras se producen turbulencias acuáticas que activan el sistema de control postural; realización de marcha acuática que provoca turbulencias, reto que el individuo debe controlar desde el sistema de control postural. En los resultados con 10 de calentamiento, 20 de ejercicios de fuerza/resistencia se aprecia una disminución del tiempo de reacción en el paso estratégico y un mejor control del equilibrio postural.

En otro ECA publicado en 2012, Hale y Cols investigaron la eficacia de los programas de ejercicio acuático dirigidos especialmente hacia la mejora del equilibrio y la funcionalidad en personas mayores con artrosis. Al evaluar este estudio en la escala PEDro obtuvo 8/10. Los participantes fueron aleatorizados en 2 grupos: uno de ejercicio acuático y otro de grupo de control. Solo los evaluadores fueron cegados. Se tomaron medidas de Step Test y escala de confianza en las actividades de equilibrio. Los participantes del grupo de intervención realizaron ejercicios acuáticos 2 veces por semana, durante 12 semanas. Hubo una progresión del tiempo de ejercicios, desde 20 minutos en la primera semana hasta 60 minutos en la novena semana. Se realizó un calentamiento, un enfriamiento y una batería de ejercicios destinados al equilibrio. Estos fueron aumentando su dificultad a medida que avanzaban las semanas. Al grupo control se le ofreció un programa de formación informática con una duración idéntica que la del grupo experimental. Los autores encontraron que el ejercicio acuático no reduce el riesgo de caídas en

comparación con un grupo sedentario de habilidades informáticas cuyo riesgo se vio reducido.

Lund y Cols realizaron un ECA EN 2010 para comparar la eficacia de los ejercicios acuáticos con los realizados en tierra en paciente con artrosis de rodilla. La evaluación PEDro calificó este estudio con 8/10. Setenta y nueve personas, con una media de edad de 68 años, fueron aleatorizados en 3 grupos: un grupo de ejercicio acuático, un grupo de ejercicio en tierra y un grupo control. Los evaluadores fueron cegados. Se evaluó el equilibrio y la fuerza. La intervención tuvo una duración de 8 semanas con dos sesiones por semana. Tanto el grupo acuático como el de tierra realizaron 50 minutos de ejercicios con 10 de calentamiento, 20 de ejercicios de fuerza/resistencia, 10 de equilibrios, 5 de estiramientos y 5 de enfriamiento. Se midió al inicio, a las 8 semanas y 3 meses después de la finalización. Solo el ejercicio de tierra mejoro en el dolor y en la fuerza muscular. Sin embargo, hubo menos efectos adversos en el grupo acuático.

5 Discusión-Conclusión

Una vez realizada la revisión bibliográfica y la categorización de estudios con base en los criterios de selección acordados previamente, se observa la existencia de una cantidad considerable de estudios que tratan esta temática, si bien el cumplimiento de los requisitos metodológicos, al ser bastante exigentes, redujo la población a 6.

En primer lugar, se encontró que la práctica de ejercicios en medio acuático, que se ha establecido básicamente para tratar diferentes afecciones, ha puesto de manifiesto la posible mejora del equilibrio, a través de esta práctica, lo que pude deberse a que el medio acuático estimula con mayor profusión la vasta red de circuitos de retroalimentación que se integran con el circuito del control motor subcortical y periférico para regular la postura.

Así mismo, en términos generales, se ha podido encontrar diferentes estudios que apoyan la utilización de ejercicios de fisioterapia acuática en población mayor de 65 años, como control y mejora del equilibrio, la bipedestación y la estabilidad postural y como actividad para prevenir el riesgo de caídas.

De igual modo, se puede constatar que se han encontrado muy pocos estudios metodológicamente bien elaborados, que puedan evidenciar el uso de la fisioterapia acuática en el manejo del equilibrio en personas mayores. Se puede creer que la causa de esta escasez estriba en el difícil seguimiento de estudios longitudinales y la dificultad para el cegamiento de terapeutas y participantes. Se debe

de tener en cuenta el posible sesgo de publicación, lo que origina que se eviten las publicaciones que no concluyan a favor de la intervención. Esta circunstancia debe ser tomada con especial prudencia a la hora de trasladar a la práctica clínica el resultado de las investigaciones publicadas.

Por último, también se ha observado poca homogeneidad en los estudios encontrados, ya que los programas de ejercicio llevados a cabo difieren unos de otros, lo que dificulta la comparación. Aun así, se ha podido seleccionar 6 ECAs con una calidad metodológica medida por la escala PEDro que va desde 6/10 hasta 8/10, como ya he comentado.

6 Bibliografía

1. Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *N Engl J Med*, 2010 Dec 29; 319(26): 1701-7.
2. Centers for Disease Control and Prevention Web-based Injury Statistics Query and Reporting System(WISQARS). Natinal Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention (producer). Available at <http://www.cdc.gov/ncipc/wisqars> (accessed November 2010).
3. Arnold CM, Busch AJ, Schachter CL, Harrison EL, Olszynski WP. A randomized clinical trial of aquatic versus land exercise to improve balance, function, and quality of life in older women with osteoporosis. *Physiother Can* 2010; 60(4): 296-306.
4. Arnold CM, Faulkner RA. The effect of aquatic exercise and education on lowering fall risk in older adults with hip osteoarthritis. *J Aging Phys Act* 2010 Jul; 18(3): 245-60.
5. Hale LA, Waters D, Herbison P, A randomized controlled trial to investigate the effects of water-based exercise to improve falls risk and physical function in older adults with lower-extremity osteoarthritis. *Arch Phys Med Rehabil* 2012 Jan; 93(1):27-34.
6. Lund H, Weile U, Christensen R, Rostock B, Downey A, Bartels EM, et al. A randomized controlled trial of aquatic and land-based exercise in patients with knee osteoarthritis. *J Rehabil Med* 2011 Feb; 40(2): 137-44.
7. Yennan P, Suputtitada A, Yuktanandana P. Effects of aquatic exercise and land-based exercise on postural sway in elderly with knee osteoarthritis. *Asian Biomed* 2010; 4(5): 739-45.
8. Panel on Prevention of falls in Older Persons, American Geriatrics Society and British Geriatrica Society Summary of the Updated American Geriatrics So-

ciety/British Geriatrics Society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons. J Am Geriatr Soc 2011 Jan; 59(1): 148-57.

Capítulo 357

USO DE ASIENTO PÉLVICO CON ESCAYOLA PARA UN NIÑO CON DIFICULTADES EN EL CONTROL POSTURAL EN LA SEDESTACIÓN

ÁLVARO LÓPEZ CASTELLANO

1 Introducción

En la bibliografía disponible aparecen diferentes sistemas adaptados para mejorar el control postural en sedestación en niños y niñas con alteraciones neuromotrices, es decir, dificultades en mantener una postura adecuada en sedestación cuando realiza alguna actividad(1). Un tipo de sistema es el asiento pélvico moldeado fabricado con yeso, diseñado por Michael Le Metayer, el objetivo que tenía era mejorar la alineación de la postura del cuerpo en sedestación(1,2). Es muy importante que los asientos adaptados sean específicos e individualizados para cada niño y niña(1,3).

El asiento pélvico moldeado es una herramienta para las familias y para los distintos profesionales que tengan intervención directa con el niño o la niña para mejorar la sedestación, y así favorecer la participación en las actividades del día a día de la persona(1,3). Otro factor muy importante es la aceptación e implicación del uso del asiento por parte de la familia y el entorno, ya que pueden usarlo durante muchas más ocasiones en las distintas actividades del día a día. Por ejemplo: llevarlo a la guardería, en el carro para salir a pasear. Un beneficio del asiento es el ser un tratamiento no invasivo(1,3), y otro aspecto importante es tener un bajo coste de elaboración(1).

La sedestación es una postura importante para el ser humano, ya que nos permite interaccionar con el entorno que nos rodea, otra de las ventajas de la sedestación es un gasto energético bajo (menor que la bipedestación), además, permite a los miembros superiores mayor movilidad, mejor coordinación y por consiguiente un aumento en la participación en las actividades del día a día. Por ejemplo en los momentos de las comidas, en los momentos de juego en casa o en la escuela infantil, en el carro de paseo para poder interactuar más con el entorno(3,4,5). Los principales objetivos que buscan los distintos profesionales y la familia a la hora de realizar asientos pélvicos son: mantener la postura de sedestación adecuada que permita la intervención de miembros superiores de una forma eficaz(3,6) y mantener la postura de sedestación más erguida que facilite los distintos momentos de la alimentación(3).

2 Objetivos

-Observar la eficacia del uso de un asiento pélvico de escayola en un niño con dificultades para mantener un correcto control postural.

3 Caso clínico

1. ANAMNESIS:

Un niño de tres años y medio, necesita un asiento adaptado para mejorar su participación y mejorar su habilidad manipulativa en los momentos de clase y en los momentos de las comidas, ya que debido a su diagnóstico (esclerosis tuberosa) le provoca un déficit del control postural en sedestación, entre otras.

2. VALORACIÓN:

La valoración se realizó mediante observación del uso de un asiento pélvico moldeado elaborado con vendas de escayola de quince centímetros de ancho por cinco metros de largo. Se valoraron dos momentos del día del niño y su familia: los distintos momentos de alimentación y los momentos de juego manipulativo en casa y en el colegio. Se observó que en ellos, el niño cuando estaba sentado mostraba una tendencia postural hacia la cifosis dorsal y retroversión de la pelvis, además, esto influía de forma más alarmante en los momentos de alimentación, ya que en ocasiones había problemas en la deglución debido a un mal posicionamiento.

3. PLAN DE TRATAMIENTO:

Para la elaboración se necesitó la ayuda de la familia y de más profesionales (terapeuta ocupacional y logopeda) para mantener al niño en la posición deseada. El niño debía de estar boca abajo y mediante una cuña se mantendría una flexión

de cadera de 90° y el tronco lo más erguido posible. Con una bolsa de plástico se realizó un traje protector para que la escayola no le quemara cuando entrase en contacto con el cuerpo del niño.

Tras esperar unos minutos para que la escayola se endureciera se retiró el molde del cuerpo del niño para corregir cualquier tipo de imperfección y acolchar todas las zonas de presión para evitar posibles molestias. Además de adornarlo. Para este asiento moldeado con escayola se utilizaron dieciséis vendas de escayola de quince centímetros de ancho por cinco metros de largo.

El asiento una vez elaborado se colocó en la silla donde se llevaban a cabo los momentos de la alimentación y de cualquier actividad que tuviera la implicación de las manos. Esta silla tiene una altura adecuada que favorece dicho posicionamiento y participación.

4. JUSTIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO:

Lo que ha impulsado la metodología de esta intervención es la formación impartida en uno de sus cursos por Lourdes Macías, de la sociedad española de fisioterapia en pediatría, ya que es una gran defensora de fomentar la participación en los niños y niñas mediante la elaboración de adaptaciones de bajo coste para que todas las familias puedan acceder a estos recursos.

Para una participación en el día a día de cualquier persona, ya sea un niño/a o un adulto/a es necesario un control postural adecuado. Es nuestra labor como profesionales de la salud mejorar la calidad de las personas.

4 Discusión-Conclusión

Tras el uso de este dispositivo pudimos observar como favoreciendo el posicionamiento postural en la sedestación del niño, es capaz de mejorar la coordinación y la movilidad de los miembros superiores, lo que permite una mayor autonomía y participación con un menor gasto energético en los momentos de alimentación y de cualquier tipo de juego manipulativo.

Otro aspecto muy importante fue la afirmación por parte de la familia de que hubo una disminución de forma significativa los atragantamientos en las distintas comidas del día, ya que su postura del niño era más erguida y, por tanto, favorecía la deglución.

Se necesitan más estudios con muestras más grandes y con una gran especificidad para contrastar los resultados de nuestro caso clínico. En las grandes bases de datos científicas no aparecen prácticamente referencias acerca de asientos pélvicos de escayola.

5 Bibliografía

- (1)-Macías L. Posturas anormales en sedestación en niños con discapacidad neuromotriz y uso del asiento moldeado pélvico para una sedestación adaptada. *Rev Fisioter Calid Vid.* 1999; 2 (2):69–76.
- (2)-Marina C, Lourdes Macías M, Fagoaga J. Fisioterapia en pediatría. *An Pediatr (Barc)*. 2003; 59 (6):623–4. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s1695-4033\(03\)78793-1](http://dx.doi.org/10.1016/s1695-4033(03)78793-1).
- (3)-Strobl WM. Seating. *J Child Orthop*. 2013; 7 (5):395–9.
- (4)-Shrader, M. W., Wimberly, L., & Thompson, R. (2019). Hip surveillance in children with cerebral palsy. *JAAOS-Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 27(20), 760-768.
- (5)-Stier, C. D., Chieu, I. B., Howell, L., & Ryan, S. E. (2017). Exploring the functional impact of adaptive seating on the lives of individual children and their families: a collective case study. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 12(5), 450-456.
- (6)Sahinoğlu, D., Coskun, G., & Bek, N. (2017). Effects of different seating equipment on postural control and upper extremity function in children with cerebral palsy. *Prosthetics and orthotics international*, 41(1), 85-94.

Capítulo 358

APARICIÓN DE RESISTENCIA BACTERIANA A LOS ANTIBIÓTICOS: UN PROBLEMA MUNDIAL.

EVA ROCÍO HERNÁNDEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

El descubrimiento de la penicilina en el 1940 por Fleming supuso un punto de inflexión en el manejo de las enfermedades infecciosas a nivel mundial y la incorporación de los antibióticos a la práctica clínica fue uno de los más importantes avances en la historia de la medicina. La morbilidad y mortalidad ocasionada por bacterias patógenas hasta ese entonces era alta, el 40% de la población que enfermaba de neumonía moría y en torno al 85% de los pacientes que sufrían meningitis bacteriana tenía el mismo fin.

Gracias al descubrimiento y desarrollo de antibióticos se ha podido dar cobertura a enfermedades de origen bacteriano y también ha mejorado la aplicación de técnicas terapéuticas de la medicina actual como son las cirugías, los trasplantes de órganos o la quimioterapia, que sin la cobertura antibiótica adecuada, serían inviables.

En la actualidad se está observando un aumento de la resistencia de las bacterias a los antibióticos, está siendo objeto de múltiples estudios. Para paliar estos efectos consecuencia del uso inapropiado de los antibióticos, se llevan a cabo campañas mundiales de concienciación. La repercusión y el problema sanitario que conlleva que es de grandes dimensiones y es el motivo por el que se elabora la actual revisión bibliográfica.

2 Objetivos

El objetivo principal de la revisión bibliográfica es exponer la actual problemática de resistencia bacteriana ocasionada por el uso inapropiado de antibióticos.

3 Metodología

Para la realización de esta revisión bibliográfica se ha realizado una búsqueda en Google Scholar, PubMed y Scielo con las palabras claves “antibióticos”, “resistencias” y “uso racional”. Se ha tenido en cuenta los artículos con fecha inferior a 10 años para contemplar la actualidad y enfocar el tema con la visión más reciente posible.

4 Resultados

Desde que se descubrió el primer antibiótico, se ha observado una importante disminución de la morbilidad y mortalidad en enfermedades causadas por bacterias, ganando en salud y sumando esperanza de vida a la población mundial. Desde entonces, se ha generalizado su uso y junto con la gran capacidad de adaptación que tienen las bacterias, se ha creado el escenario perfecto para la aparición de las bacterias resistentes. Los antibióticos actúan como un medio selectivo de aquellas bacterias que, con su crecimiento y mutaciones al azar, tienen mecanismos de resistencia y sobreviven a su presencia. De esta manera, las bacterias pueden multiplicarse en presencia de antibióticos, generando infecciones más prolongadas, sufriendo una mayor mortalidad y suponiendo un aumento del gasto sanitario. Estas bacterias y su dotación genética acumulan mecanismos de resistencia frente a todos los antibióticos disponibles y son las llamadas pan-resistentes o superbacterias. El otro factor que facilita la aparición de resistencias es la gran capacidad para transmitir información genética entre bacterias (incluso de diferentes especies), diseminándose entre diferentes personas y regiones geográficas. Tanto es así que existe un estudio de una tribu nativa sudamericana aislada que nunca había tenido contactos fuera de ella y en la que se observaron bacterias con múltiples genes de resistencia a antibióticos.

La aparición de resistencias es un problema complejo y de rápida evolución, estrechamente relacionada con el uso inapropiado y abusivo de los antibióticos, no solo en salud humana, sino también en salud animal. El uso en ganadería para mejorar el rendimiento se traduce en enormes cantidades de antibióticos liber-

adas al medio ambiente. Una de las investigaciones consultadas recoge que el 80% de los antibióticos consumidos en EEUU son destinados a ganadería y acuicultura. En otro estudio de las aguas de un río en la India, donde había una fábrica productora de antibiótico, se observó un gran aumento de la presencia de múltiples genes de resistencia con respecto a otras zonas más alejadas. El ser humano está expuesto a pequeñas dosis, que crean bacterias menos vulnerables y llevan a cabo mecanismos de transmisión genética que finalmente acaban produciendo infecciones más letales.

En lo que respecta al uso inapropiado en salud humana, se han encontrado múltiples actuaciones que han promovido este problema, entre los que destaca la inadecuada prescripción médica. La mayoría de las prescripciones se realizan de manera empírica y son en su mayoría por infecciones del tracto respiratorio, teniendo origen viral. Por otro lado, están las exigencias y la presión del paciente, sus preferencias y la errónea creencia de que en un estado febril es necesario el antibiótico. También la automedicación y la interrupción y abandono del tratamiento ante la disminución o mejora de los síntomas. En este caso, el médico debe tener claro que él es el que tiene la última palabra, que es el profesional sanitario que tiene el conocimiento para realizar un diagnóstico y es el responsable de la prescripción y sus consecuencias a corto y largo plazo, evitando el antibiótico y reservándolo para casos muy concretos.

En 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que 50% de los antibióticos administrados eran innecesarios. Como apoyo al profesional sanitario, se podrían generar guías de práctica clínica consensuadas y hacer que éstas se cumplan. España tiene una media superior en el uso de antibióticos con respecto al resto de países de la Unión Europea y en 2014 crea el Plan Nacional frente a la Resistencia de Antibióticos (PRAN) y tiene como objetivo la implantación de un Programa de Optimización de Uso de Antibióticos (PROA) tanto en el ámbito hospitalario como en la atención primaria y trabajan la optimización de la prescripción de antibióticos y conseguir tratamiento coste-eficaces.

Otro papel muy importante es el que juega la farmacia comunitaria. Existen estudios que demuestran que la falta de orientación por parte de un profesional sanitario al paciente se traduce en el incumplimiento de las posologías y pautas de administración de antibióticos. En el acto de dispensación del antibiótico, el farmacéutico juega un papel muy importante como especialista del medicamento, por su conocimiento y por la responsabilidad en su custodia. Por un lado, solo puede dispensarlo con receta médica. Encontramos en la bibliografía estudios de altas tasas de automedicación en la población y de adquisición de antibióticos sin

receta. Dado por sentado que el farmacéutico solo lo va a dispensar con receta, su función principal va a residir en comprobar la prescripción médica y observar si existe alguna anomalía, como puede ser una pauta excesiva, subdosificada o también puede ser una prescripción inadecuada del tipo de antibiótico. En el caso positivo derivaría al médico para su corrección. Además de concienciar al ciudadano de cumplir con el tratamiento por su bien a corto y largo plazo, evitando un escenario de recaídas, hospitalización y de la aparición de resistencias a antibióticos.

Los datos que arroja un reciente estudio (2015) sobre Europa son alarmantes. El Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades estimó en 875.000 los años perdidos por enfermedad, discapacidad o muerte prematura debido a infecciones producidas por bacterias resistentes a antibióticos. En 2022, se consideró una de las principales causas de muerte en todo el mundo, con 1,2 millones de afectados, incluso por encima del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), muchas de las cuales podrían haberse evitado, ya que eran infecciones que antes eran curables. Si seguimos con la curva exponencial como hasta ahora, las estimaciones de mortalidad relacionadas con resistencia microbiana serían de 10 millones en el año 2050.

5 Discusión-Conclusión

La resistencia de las bacterias a los antibióticos es un problema mundial complejo, viéndose vertiginosamente acelerado por la incorrecta utilización y su uso excesivo, tanto en humanos como en animales.

La visión a corto plazo no contempla el problema y en la actualidad no se toman medidas tajantes al respecto, ya que estamos observando el crecimiento exponencial del número de bacterias que presentan resistencia a cada vez más antibióticos de los que ahora conocemos. La OMS ha elaborado un listado de las principales bacterias resistentes que requieren investigación y desarrollo de nuevas estrategias de tratamiento. El desarrollo de nuevas alternativas terapéuticas puede complementarse con otras medidas: revisión del método de prescripción empírico y su actualización constante, planes de vacunación mundial, campañas educativas e informativas, nuevos métodos de diagnóstico más rápidos y eficientes y por supuesto el control y modificación de los actuales sistemas de ganadería y cría de animales.

En la actualidad no hay avances en cuanto al descubrimiento de nuevos antibióticos. Las investigaciones en ese campo, que parecían muy alentadoras, quedaban

desechadas por la aparición de reacciones adversas al medicamento. Por lo que se convierte en prioridad, conservar la eficacia del arsenal de antibióticos de los que disponemos actualmente.

6 Bibliografía

1. González Mendoza J, Maguiña Vargas C, González Ponce FM. La resistencia a los antibióticos: un problema muy serio. 2019; 36(2): 145-151.
2. Oteo-Iglesias J. Comprendiendo la resistencia a antibióticos. RIECS. 2019; 4(2).
3. Blair J, Baylay AJ, Ogbolu D, Piddock LJV. Molecular mechanisms of antibiotic resistance. *Nature Reviews Microbiology*. 2015; 13(1): 42-51.
4. O'Neil J. Resistance: Tackling a crisis for the health and wealth of nations. 2016. Disponible es: <http://arm-review.org/sites/default/files/AMR%20Review%20Paper%20->
5. Clemente JC, Pehrsson EC, Blaser MJ, Sandhu K, Gao Z, Wang B. The microbiome of uncontacted Ameridians. *Science Adv*. 2015; 1(3): e1500183.
6. Hollis A, Ahmed Z. Preserving antibiotics, rationally. *The New England Journal of Medicine*. 2013; 369 (26): 2474-2476.
7. Kristiansson E, Fick J, Janzon A. Pyrosequencing of antibiotic-contaminated river sediments reveals high levels of resistance and gene transfer elements. *PLoS One*. 2011; 6: e17038. doi: 10.1371/journal.pone.0017038
8. Vera Carrasco O. Aspectos farmacológicos para el uso racional de antibióticos. *Revista Médica La Paz*. 2021; 27(2)
9. Agencia Española de Medicamento y Productos Sanitarios. Plan Nacional frente a la Resistencia de los Antibióticos, PRAN. Disponible en: <http://www.resistenciaantibioticos.es/es>
10. Rodríguez-Baño J, Paño-Pardo JR, Alvarez-Rocha L, Asensio A, Calbo E, Cercenado E, Cisneros JM, Cobo J, Delgado O, Garnacho-Montero J, Grau S, Horcajada JP, Hornero A, Murillas-Angoiti J, Oliver A, Padilla B, Pasquau J, Pujol M, Ruiz-Garbajosa P, San Juan R, Sierra R. Programs for optimizing the use of antibiotics (PROA) in Spanish hospitals: GEIH-SEIMC, SEFH and SEMPSPH consensus document. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2012; 30(1):22.e1-22.e23. doi: 10.1016/j.eimc.2011.09.018.
11. Salar Ibáñez L, Eyaralar Riera MT, Baixauli Fernández VJ, Fité Novellas B; García Cebrián F; Gervas Camacho J. Demanda de antibióticos sin receta en farmacia comunitaria. *Pharm. care Esp*. 2006; 8(4): 173-178.
12. Ecker L, Ruiz J, Vargas M, Del Valle LJ, Ochoa TJ. Prevalencia de compra sin receta y recomendación de antibióticos para niños menores de 5 años en farmacias

privadas de zonas periurbanas en Lima, Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2016; 33(2):215-23. doi: 10.17843/rpmesp.2016.332.2152

13. Ortega Jiménez A, Pérez de Ágreda Galiano S, García-Lozano Garzás F. Actuación del farmacéutico ante la demanda de antibióticos sin receta en la Oficina de Farmacia. 2006; 8(4): 154-159

14. Ortiz Brizuela E, Ordinola Navarro A, López Luis BA. ¿Un mundo sin antibióticos? Conoce la resistencia microbiana. 2023; 24(3).

Capítulo 359

MODELO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN CENTROS SOCIOSANITARIOS. APLICACIÓN EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA

CLARA PAULA DE UÑA SANTOS

1 Introducción

Se define centros sociosanitarios como instituciones u organismos especializados en la salud y en las necesidades sociales. (1) A pesar de que existen diferencias dentro de cada comunidad autónoma, a nivel general, esta asociación engloba una población variada entre los que figuran: ancianos, dependientes, minusválidos, enfermos mentales, menores o internos en centros penitenciarios. Particularmente, en la comunidad gallega, se distingue el centro psiquiátrico del centro sociosanitario.

En cuanto a los centros residenciales en España, han incrementado considerablemente en las últimas décadas. Entre el 2001 y e 2011 se considera que ha aumentado en un 73% el número total de plazas. (2)

Este aumento es consecuencia de un incremento en la demanda asistencial debido a un envejecimiento progresivo de la población, lo que genera nuevas necesidades en cuanto a la atención sanitaria.

Por ello, los centros sociosanitarios se convierten en un pilar fundamental en el cuidado de los pacientes crónicos, polimedicados y en ocasiones en situación de dependencia.

Desde el punto de vista legislativo, el reglamento nacional de los centros sociosanitarios no está demasiado definido. Compete a cada comunidad autónoma establecer las correspondientes leyes de ordenación farmacéutica relativas a la prestación farmacéutica de dichas instituciones. Lo cual genera diferencias entre las diversas comunidades.

2 Objetivos

- Exponer el modelo de atención farmacéutica en los centros sociosanitarios enfocado en la comunidad autónoma de Galicia.
- Revisar el marco normativo establecido.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda biográfica para determinar la normativa que rigen los centros sociosanitarios en cuanto a legislación farmacéutica.

Para ello, hemos utilizado los buscadores Scielo, Pubmed y Google Scholar.

Se le ha dado mayor relevancia a las publicaciones más actuales.

4 Resultados

El artículo 31.2 de la Ley 5/1999, de 21 de Mayo de ordenación farmacéutica de Galicia y la Ley 12/2011, de 26 de diciembre, de medidas fiscales y administrativas regulan la prestación farmacéutica sociosanitaria en Galicia.

Dispone, que resulta obligatorio el establecimiento de un servicio de farmacia para los centros de asistencia social de más de 100 camas. Esta ley permite que la consejería responsable de la prestación farmacéutica establezca convenios con los centros sociosanitarios con el fin de asegurar una mejora de la prestación farmacéutica tanto a nivel de la seguridad de los medicamentos como relativa a optimizar el gasto farmacéutico (3). En este caso, el responsable de los servicios farmacéuticos deberá ser un farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria. No obstante, aquellos centros que no superen las 100 camas y que no estén obligados a disponer de un servicio de farmacia, deberán tener un depósito de medicamentos. La vinculación de estos depósitos dependerá de la titularidad del centro: En el caso de centros públicos, el depósito se vinculará a un servicio de farmacia de un hospital público. Cuando el centro sanitario sea privado, el depósito se podrá vincular a una oficina de farmacia situada en la misma zona. (4)

En este modelo asistencial colaboran los centros de servicios sociales junto con los hospitales de referencia dentro del área sanitaria correspondiente con el objetivo de garantizar la cobertura farmacoterapéutica de los residentes. El hospital será el proveedor de los medicamentos y productos sanitarios financieros necesarios. (2) En él, el principal beneficiario serán los pacientes puesto que tendrán acceso a un seguimiento farmacoterapéutico individualizado bajo la responsabilidad de un farmacéutico, garantizando la conciliación de tratamientos, la continuidad de la atención y una gestión más eficiente de los recursos farmacoterapéuticos.

En la actualidad, este programa de atención farmacéutica en centros sociosanitarios da cobertura al 36% de los centros de mayores y discapacitados atendiendo a un 53% del total de plazas disponibles en las residencias gallegas.

5 Discusión-Conclusión

Con el constante envejecimiento de la población se observa un aumento en la demanda de los centros sociosanitarios. Resulta imprescindible una regulación de dichas instituciones para garantizar una correcta adquisición, custodia y dispensación de los medicamentos. A su vez, también es necesario implantar un programa de atención farmacéutica para garantizar una óptima asistencia sanitaria. Esta regulación se ha hecho por comunidades por lo que puede existir algunas diferencias en ellas.

Se concluye este trabajo resaltando la figura y el trabajo del farmacéutico que aunque a veces no tiene contacto directo con el paciente, no se debe relegar su valor, ya que resulta muy imprescindible para garantizar la eficacia y seguridad de los medicamentos.

6 Bibliografía

1. ¿Qué es un centro sociosanitario?. MIT Centro de día Madrid. MIT Centro de día; 2022. Disponible en: <https://mitcentrodedia.es/centro-sociosanitario/>
2. Las personas mayores en España. Informe 2012: Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas. 1a edición. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2014. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/imserso-infoppmm2012-10-2014.pdf>
3. De Galicia X. Guía farmacoterapéutica de centros sociosanitarios. Sergas.es. Disponible en: <https://extranet.sergas.es/catpb/Docs/cas/Publicaciones/>

Docs/Farmacia/PDF-2668-es.pdf

4. Investigación EE. Informe de evaluación de tecnologías sanitarias. Gencat.cat.

Disponible en: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/2436/modelos_asistenciales_prestacion_farmaceutica_sociosanitarios_2015.pdf?sequence=1

Capítulo 360

DIAGNÓSTICO DE LAS ANEMIAS EN EL LABORATORIO CLÍNICO: HERRAMIENTAS Y DESAFÍOS

LUCÍA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

CRISTINA COLLÍA FERNÁNDEZ

ZAIDA RUIZ MARTÍN

ELVIRA GONZALEZ RUIZ

EVA LLANO SORDO

1 Introducción

Las anemias, trastornos hematológicos caracterizados por una disminución en la concentración de hemoglobina en la sangre, representan un desafío médico significativo en todo el mundo. Estas afecciones afectan a personas de todas las edades y orígenes étnicos, y pueden ser causadas por una amplia variedad de factores, desde deficiencias nutricionales hasta enfermedades crónicas y trastornos genéticos. La anemia no solo afecta la calidad de vida de quienes la padecen, sino que también tiene un impacto en la salud pública y los sistemas de atención médica. El diagnóstico preciso de las anemias es esencial para comprender la causa subyacente, determinar la gravedad de la afección y proporcionar un tratamiento efectivo. En este contexto, el laboratorio clínico desempeña un papel crítico al proporcionar herramientas y análisis que permiten identificar y clasificar las

anemias de manera adecuada. Estos diagnósticos precisos son la base para las decisiones médicas informadas y la atención médica personalizada.

El objetivo principal de este capítulo es explorar en profundidad el proceso de diagnóstico de las anemias en el laboratorio clínico. A lo largo de estas páginas, examinaremos las herramientas y los enfoques utilizados en la evaluación de las anemias, desde las pruebas de laboratorio estándar hasta las técnicas más avanzadas. Además, destacaremos la importancia de la interpretación de los resultados en el contexto clínico y resaltaremos cómo estos resultados respaldan las decisiones médicas y el manejo de los pacientes.

En un mundo en constante evolución, con avances tecnológicos y científicos que remodelan la atención médica, comprender el proceso de diagnóstico de las anemias es fundamental. Esto no solo beneficia a los profesionales de la salud y a los científicos del laboratorio, sino que también tiene un impacto directo en la calidad de vida de los pacientes que luchan contra estas afecciones. A medida que avanzamos en este capítulo, exploraremos el camino que sigue una muestra de sangre, desde su recolección hasta su análisis en el laboratorio, y cómo esta información es crucial para el cuidado y el bienestar de aquellos que padecen anemia.

2 Objetivos

Los objetivos de este capítulo son los siguientes:

1. Comprender la importancia de un diagnóstico preciso en el manejo de las anemias.
2. Analizar las herramientas y las pruebas de laboratorio utilizadas en la evaluación de las anemias.
3. Evaluar la metodología de las pruebas de laboratorio y su aplicabilidad en el diagnóstico diferencial de las anemias.
4. Presentar ejemplos de resultados típicos obtenidos en el laboratorio en casos de diferentes tipos de anemias.
5. Resumir las implicaciones clínicas y las consideraciones finales relacionadas con el diagnóstico de las anemias.

3 Metodología

La metodología empleada en este capítulo se basa en una revisión bibliográfica exhaustiva de fuentes científicas y médicas relacionadas con el diagnóstico de las

anemias en el laboratorio clínico. Para lograr un análisis completo y preciso, se llevaron a cabo los siguientes pasos:

Se realizó una búsqueda sistemática de literatura utilizando bases de datos electrónicas, incluyendo PubMed, Scopus, Web of Science y Google Scholar. Los términos de búsqueda utilizados incluyeron “anemias”, “diagnóstico de anemia”, “hemograma completo”, “frotis de sangre periférica”, “pruebas de laboratorio de anemia” y otros relacionados. Se aplicaron filtros para limitar los resultados a artículos científicos y médicos publicados en los últimos 10 años.

Se revisaron los títulos y los resúmenes de los artículos identificados durante la búsqueda inicial. Se excluyeron aquellos que no estaban directamente relacionados con el diagnóstico de las anemias en el laboratorio clínico. Los estudios duplicados y los artículos no disponibles en texto completo fueron descartados.

Los artículos seleccionados fueron sometidos a un análisis detallado. Se extrajeron datos relevantes, como los métodos y las técnicas utilizadas en el diagnóstico de las anemias, los resultados clave, las limitaciones y las recomendaciones. Se prestó especial atención a las tendencias actuales en el diagnóstico de las anemias y a las mejores prácticas descritas en la literatura revisada.

Los hallazgos de la revisión bibliográfica se organizaron siguiendo la estructura del capítulo, que incluye la introducción, los objetivos, la metodología, los resultados y la conclusión. Los subobjetivos mencionados en la sección de objetivos se abordaron utilizando los resultados de los estudios revisados.

Para respaldar los argumentos presentados en el capítulo, se citaron y referenciaron adecuadamente los estudios y las investigaciones revisadas. Se utilizaron citas directas e indirectas para enriquecer el contenido y garantizar la credibilidad de la información proporcionada.

Es importante reconocer que esta metodología se basa en la revisión bibliográfica de fuentes existentes y, por lo tanto, está sujeta a las limitaciones inherentes a la disponibilidad y calidad de la literatura revisada. Además, se centró en estudios publicados en los últimos 10 años, lo que podría haber excluido información relevante anterior. A pesar de estas limitaciones, se hizo el esfuerzo de proporcionar una revisión completa y actualizada de la literatura en el tema abordado.

4 Resultados

Los resultados de las pruebas de laboratorio desempeñan un papel esencial en el diagnóstico y la gestión de las anemias, proporcionando una base sólida para la toma de decisiones médicas informadas. Estas pruebas permiten una evaluación detallada de los componentes sanguíneos clave y son fundamentales para

determinar la severidad y la causa subyacente de la anemia.

El hemograma completo es la prueba fundamental en la evaluación de las anemias y es ampliamente utilizada en el laboratorio clínico. Se realiza mediante un analizador automático de hematología que mide una serie de parámetros críticos. Entre estos parámetros se incluyen el nivel de hemoglobina, que indica la cantidad de hemoglobina presente en la sangre y es esencial para el transporte de oxígeno; el hematocrito, que refleja la proporción de glóbulos rojos en la sangre; el número o recuento de glóbulos rojos, que muestra la cantidad total de glóbulos rojos en una muestra de sangre; y la concentración de hemoglobina corpuscular media (CHCM), que describe la concentración promedio de hemoglobina en cada glóbulo rojo. Estos valores proporcionan información valiosa sobre la severidad de la anemia y el tipo de anemia presente. Por ejemplo, una disminución significativa en el nivel de hemoglobina sugiere la presencia de anemia, y la observación de otros parámetros, como el tamaño de los glóbulos rojos, puede ayudar a clasificar la anemia, como en el caso de la anemia microcítica o macrocítica.

El frotis de sangre periférica es una técnica que complementa el hemograma completo. Consiste en una extensión realizada sobre un portaobjetos de una muestra de sangre que posteriormente se tiñe para su observación al microscopio. La observación microscópica de los glóbulos rojos es útil para identificar anomalías morfológicas en los glóbulos rojos, como esferocitosis, anisocitosis o poiquilocitosis. Estas anomalías morfológicas pueden ser indicativas de ciertos tipos de anemia y proporcionan información adicional que ayuda en el diagnóstico y la clasificación precisa.

Además del hemograma completo y el frotis de sangre periférica, se pueden realizar pruebas adicionales para confirmar el diagnóstico y determinar la causa subyacente de la anemia. Estas pruebas pueden incluir la medición de los niveles séricos de hierro, ferritina, vitamina B12 y ácido fólico. Por ejemplo, la anemia ferropénica se caracteriza por bajos niveles de hierro sérico y ferritina, mientras que la anemia megaloblástica puede asociarse con niveles bajos de vitamina B12 y ácido fólico. Además, en casos de anemias hereditarias, como la talasemia o la anemia de células falciformes, se pueden realizar pruebas genéticas para detectar mutaciones específicas en los genes responsables de estos trastornos. La información genética es valiosa para confirmar el diagnóstico y guiar el manejo y el asesoramiento genético de los pacientes y sus familias.

La interpretación de estos resultados debe realizarse de manera cuidadosa y en el contexto clínico adecuado. Los valores de referencia y las pautas clínicas son fundamentales para determinar si una anemia es leve, moderada o grave, y para guiar la elección de la terapia adecuada. Además, la identificación de la causa

subyacente de la anemia es crucial para abordar de manera efectiva los factores desencadenantes y mejorar la salud del paciente. La combinación de estas pruebas y su análisis integral es esencial para proporcionar un diagnóstico preciso y respaldar el tratamiento y el manejo adecuado de las anemias.

5 Discusión-Conclusión

El diagnóstico de las anemias en el laboratorio clínico es un proceso complejo que combina la experiencia clínica con las herramientas y las pruebas de laboratorio modernas. La obtención de resultados precisos y confiables es esencial para guiar las decisiones médicas y el tratamiento de los pacientes con anemia. La colaboración entre los profesionales de la salud y los laboratorios clínicos es crucial para garantizar un flujo de trabajo eficiente y la interpretación adecuada de los resultados.

A medida que la medicina avanza, se espera que continúen surgiendo nuevas técnicas y tecnologías para mejorar aún más el diagnóstico y el tratamiento de las anemias. La investigación continua en este campo es esencial para comprender mejor las causas subyacentes de las anemias y desarrollar enfoques terapéuticos más efectivos.

En última instancia, el diagnóstico preciso y el manejo adecuado de las anemias en el laboratorio clínico son esenciales para mejorar la calidad de vida de los pacientes y garantizar que reciban la atención médica más apropiada y personalizada posible.

6 Bibliografía

1. Bain BJ. Diagnosis from the blood smear. *N Engl J Med*. 2005;353(5):498-507.
2. Beutler E, Waalen J. The definition of anemia: what is the lower limit of normal of the blood hemoglobin concentration? *Blood*. 2006;107(5):1747-1750.
3. Camaschella C. Iron-deficiency anemia. *N Engl J Med*. 2015;372(19):1832-1843.
4. Kassebaum NJ, Jasrasaria R, Naghavi M, et al. A systematic analysis of global anemia burden from 1990 to 2010. *Blood*. 2014;123(5):615-624.
5. Weatherall DJ. The thalassemias. *Cold Spring Harb Perspect Med*. 2012;2(8):a011721.

Capítulo 361

PREVENCIÓN DE RIESGOS Y PROTECCIÓN DE LA SALUD EN EL ÁMBITO SANITARIO DENTRO DEL LABORATORIO CLÍNICO

CRISTINA COLLÍA FERNÁNDEZ

ELVIRA GONZALEZ RUIZ

LUCÍA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

EVA LLANO SORDO

ZAIDA RUIZ MARTÍN

1 Introducción

El Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de Atlanta, en Estados Unidos, define como trabajador de la salud a “cualquier persona cuya actividad laboral implica contacto con sangre o líquidos del cuerpo provenientes de individuos hospitalizados, en consulta o que acuden al laboratorio en una entidad que presta servicios médicos”. Esta definición también incluye a estudiantes, internistas, residentes y voluntarios que son participantes activos de las actividades hospitalarias. Todos ellos realizan sus actividades en áreas hospitalarias con diversas disciplinas médicas y de investigación relacionadas con agentes biológicos infecciosos, como son los microorganismos genéticamente modificados,

los cultivos microbianos y de parásitos, capaces de originar infecciones, alergias o de toxicidad (1).

En los laboratorios puede haber muchos riesgos que pueden provocar accidentes (caídas, cortes, quemaduras térmicas o químicas, intoxicaciones, incendios, etc.) y enfermedades profesionales (derivadas de la exposición continuada a contaminantes químicos, físicos o biológicos) (2).

El propósito de este capítulo es promover el interés de los trabajadores por la seguridad y la salud, así como favorecer la práctica segura en los laboratorios; presentar los factores de riesgo a los que se expone el trabajador de la salud durante sus actividades diarias y contribuir a la difusión y divulgación de la correcta aplicación de las precauciones universales de bioseguridad para disminuir el riesgo de adquirir una enfermedad infecciosa (1) (2).

2 Objetivos

- Informar sobre las normas básicas de funcionamiento en un laboratorio.
- Describir riesgos químicos, físicos y biológicos que pueden aparecer en un laboratorio.

3 Metodología

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

4 Resultados

Comentaremos algunas de las normas generales de la mayoría de laboratorios clínicos:

- No se puede fumar, beber ni comer en el laboratorio.
- No llevéis pantalones cortos, sandalias ni minifalda en el laboratorio. Debéis llevar en todo momento calzado cerrado, la bata abrochada y el pelo recogido. No salgáis del edificio con la bata ni con guantes.
- Lavaos las manos con agua y jabón antes de salir del laboratorio y siempre que

haya contacto con productos químicos o materiales biológicos. Lavaos especialmente entre los dedos y debajo de las uñas, y secalos con papel.

- No llevéis pulseras, anillos o uñas pintadas, dado que son zonas en las que se acumula la suciedad.
- No os llevéis la ropa de laboratorio contaminada a vuestra casa. Guardad la ropa en armarios separados de la ropa de calle.
- Nunca pipeteéis con la boca. Utilizad peras o bombas de aspiración manual o automática.
- No uséis recipientes o neveras del laboratorio para guardar bebidas o alimentos, ni pongáis productos químicos en recipientes de alimentos (botellas de agua, etc.).
- Trabajad siempre que sea posible en la vitrina de gases, sobre todo si manipuláis productos volátiles, tóxicos en polvo, cuando hagáis experimentos que generen humos o gases, etc.
- Utilizad los equipos de protección personal (guantes, gafas, máscaras, etc.) adecuados a cada trabajo y riesgo.
- Mantened el laboratorio ordenado, sin objetos personales en las mesas de laboratorio (guardadlos en el despacho o en armarios y taquillas). Limpiad vuestra mesa de laboratorio cada día.
- Recoged y limpiad inmediatamente todos los vertidos de líquidos, productos químicos o de muestras biológicas, por pequeños que sean.
- Cuando acabéis el trabajo y antes de salir del laboratorio, comprobad que no habéis dejado máquinas o instalaciones en marcha (gas, luces, etc.) (2).

Los principales riesgos que nos encontraremos podrían ser fruto del trabajo diario realizado en el laboratorio hasta el respectivo tratamiento de las muestras. A continuación desarrollaré brevemente cada uno de ellos, siendo éstos: accidentes (caídas, electricidad, cortes), riesgos químicos, riesgos físicos y riesgos biológicos.

1. CAÍDAS:

Estas son derivadas de una limpieza deficiente y por falta de orden del entorno de trabajo.

Las recomendaciones básicas para evitar esto son mantener limpio y recogido el área; recoger derrames líquidos; no dejar cajas, cables u otros obstáculos en lugares de paso; limpiar y guardar los materiales después de su respectivo uso; no sobrecargar estanterías ni armarios (2).

2. RIESGO ELÉCTRICO:

Es uno de los más importantes, ya que trabajando en un laboratorio estaremos continuamente rodeados de maquinaria. Podemos sufrir estos riesgos a través de contacto directo por tocar cables que estén pelados o por contacto indirecto como

una avería interna que puede derivar electricidad a partes metálicas accesibles de la máquina (2).

3. CORTES:

En el laboratorio también trabajaremos con multitud de material de vidrio que, por cualquier razón, podría caerse y sería una fuente de riesgo. Las medidas básicas serían: comprobar que el material esté en buen estado antes de utilizarlo; utilizar guantes resistentes al corte; depositar el vidrio roto en recipientes encomendados para ello (2).

4. RIESGOS QUÍMICOS:

Los productos químicos pueden provocar dos tipos de efectos:

- Efectos agudos (accidentes): se producen por una única exposición súbita y severa (quemadura química, intoxicación, incendio, etc.).
- Efectos crónicos (enfermedades): se producen por la exposición repetida y prolongada a un contaminante químico. Los síntomas aparecen después de años y a menudo son irreversibles (enfermedades hepáticas, pulmonares, cáncer, etc.).

Las vías de entrada de los contaminantes químicos son, por orden de importancia:

- Vía respiratoria: es la más importante. Muchos productos son volátiles, o desprenden vapores al calentarlos o están en polvo, con lo cual pueden contaminar el aire del laboratorio. El riesgo depende sobre todo de la concentración en el aire y del tiempo de exposición.
- Vía dérmica: el cuerpo puede absorber algunas sustancias químicas a través de la piel. Esta vía es muy importante para algunos productos químicos (cloroformo, por ejemplo).
- Vía digestiva: para evitar esta vía es importante el lavado de las manos y la higiene personal. Nunca pipeteéis con la boca y no bebáis ni comáis (ni siquiera chicle) en el laboratorio.
- Vía parenteral (a través de heridas): es la vía menos importante, pero tened en cuenta que debéis curar y proteger las heridas, por pequeñas que sean (2).

El nivel máximo de exposición es la cantidad máxima de un contaminante en el aire a la que puede estar expuesta la gran mayoría de trabajadores sin sufrir efectos adversos sobre su salud. Hay dos tipos de niveles:

- Límite de exposición diaria (durante 8 horas), para contaminantes que tienen efectos crónicos a largo plazo. Se denomina VLA-ED (límite establecido en Europa).
- Límite de exposición de corta duración (máximo 30 minutos al día), para productos que tienen efectos agudos (inmediatos). Se denomina VLA-EC (en Europa).

En el laboratorio existen diversos equipos que nos ayudarán a disminuir este riesgo, que son: la vitrina de extracción de gases, los Equipos de Protección Indi-

vidual (EPI) y la señalización y etiquetas de los productos (2).

5. RIESGOS FÍSICOS:

Específicamente el ruido como centrifugas, ultrasonidos, compresores, etc. Normalmente, los niveles de ruido no sobrepasan los 80 dB(A) de exposición diaria, que es el límite que establece la legislación.

Estaríamos hablando, más bien, de picos de discomfort que hay que intentar evitar, por ejemplo, reubicando los aparatos más ruidosos en locales o zonas poco frecuentadas.

La protección auditiva es obligatoria si estamos expuestos a ruidos diarios superiores a 85 dB(A). Aunque no se alcanzan niveles tan altos en el laboratorio, es recomendable que la uséis cuando trabajéis con máquinas que produzca un nivel de ruido alto (como el sonicador).

En cualquier caso, poneos en contacto con el Servicio de Prevención si consideráis que estáis expuestos a niveles de ruido elevados, para que realice mediciones con sonómetro y establezca las medidas necesarias en función del resultado de la medición (2).

6. RIESGOS BIOLÓGICOS:

El riesgo biológico es la posibilidad de contraer una enfermedad infecciosa provocada por bacterias, virus, hongos o parásitos durante el trabajo. La manipulación de microorganismos, cultivos celulares y muestras biológicas (sangre, tejidos, aguas de depuradora, etc.) puede provocar diversas enfermedades infecciosas. Es muy importante que conozcáis los posibles agentes biológicos que pueden estar en las muestras que manipuláis (por ejemplo, la sangre humana puede contener los virus de la hepatitis B, C o VIH), y en caso de duda, debéis asumir que pueden estar contaminadas con agentes infecciosos y aplicar las medidas adecuadas (2). Para saber los principales riesgos biológicos, primero debemos reconocer las principales vías de transmisión de los agentes biológicos:

- Vía respiratoria: inhalación de aerosoles (gotas microscópicas) producidos principalmente por la tos o estornudos de personas infectadas, por torres de climatización, o por técnicas de trabajo realizadas de forma incorrecta (agitación de muestras, aspiración, sonicación, etc.). Ejemplos de enfermedades que se transmiten por aire: gripe, varicela, tuberculosis.
- Vía digestiva: por la ingestión accidental de muestras contaminadas, por ejemplo, si pipeteamos con la boca; por ingestión de agua o alimentos contaminados; por salpicaduras de líquidos contaminados en la boca que después se ingerirán; etc. Ejemplos: salmonelosis, hepatitis A.
- Vía parenteral o percutánea (sanguínea): por pinchazo con jeringuillas, corte con utensilios o vidrio contaminados, mordedura y arañazos de animales, trans-

fusiones, picadura de insectos, etc. Ejemplos: hepatitis B y C, VIH, tétanos.

- Vía dérmica: a través de la piel, o a través de las mucosas por salpicadura de líquidos en los ojos o la boca. También se puede transmitir por contacto indirecto: mesas, utensilios, pomos, teléfonos, etc. que se han contaminado involuntariamente, por ejemplo, al tocarlos con los guantes contaminados (2).

Para evitar este tipo de riesgo es imprescindible que todos los trabajadores sanitarios lleven al día unas pautas de inmunización obligatorias, tanto para el bien de ellos como el de los pacientes que van a ser atendidos. Las inmunizaciones que son muy recomendadas por tener un aporte significativo son contra la hepatitis B, influenza, sarampión, parotiditis, rubeola y varicela. Otras inmunizaciones que pueden ser administradas son contra la difteria, tétanos y enfermedades neumocócicas en personas con 65 años o mayores. (1)

5 Discusión-Conclusión

La exposición frecuente del trabajador de la salud a material infeccioso comprende riesgos constantes que pueden ocasionarle infecciones adquiridas en el laboratorio y en hospitales. Ello implica daños a la salud, pérdidas de horas laborales y pagos por incapacidad. Evitar esto comprende la adopción de una serie de medidas de protección personal, como la bioseguridad en laboratorios, las precauciones universales como las inmunizaciones, la eliminación correcta del material biopeligroso y una adecuada salud mental. Otras medidas importantes y tan simples como el lavado de manos o el cambio frecuente de batas o uniformes en los hospitales serían de suma importancia en el control de las infecciones adquiridas en el laboratorio y en hospitales (1) (2).

En conclusión, el trabajador de la salud deberá identificar los riesgos de infección, relacionados con su trabajo e introducir medidas adecuadas de prevención. La capacitación y entrenamiento frecuentes en estos temas son recomendables para disminuir los accidentes, aparte del autofomento de una buena salud emocional.

6 Bibliografía

1. El trabajador de la salud y el riesgo de enfermedades infecciosas adquiridas. Las precauciones estándar y de bioseguridad [Internet]. 2014 [citado 08 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422014000400034.
2. PREVENCIÓN DE RIESGOS EN LABORATORIOS DE INVESTIGACIÓN Y DE PRÁCTICAS [Internet]. 2016 [citado 08 de marzo de 2023].

Disponible en: chromeextension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://prevencio.uib.cat/digitalAssets/192/192010_ficha-laboratorios.pdf.

Capítulo 362

LA RESONANCIA MAGNÉTICA EN EL ALZHEIMER

SANDRA RUBIO ARIAS

1 Introducción

El Alzheimer es un tipo de enfermedad, de demencia, que causa problemas con la memoria, el pensamiento y el comportamiento, de por lo general las personas mayores. Los síntomas suelen desarrollarse lentamente y con el paso del tiempo va a peor, hasta que llega un punto que hasta las tareas cotidianas se vuelven imposibles de realizar.

Según las estimaciones de la Sociedad Española de Neurología (SEN) unas 800.000 personas padecen Alzheimer en el año 2022.

Es una enfermedad que por lo general afecta más a mujeres con edades superiores a los 80 años.

Con respecto a los casos de muertes producidos por esta enfermedad, en el año 2022 se recogen un total de 15.571 muertes en España, siguiendo el aumento en las últimas décadas. Al ser una enfermedad que afecta más a mujeres, también se refleja mayor mortalidad en ellas.

Cabe destacar que España es uno de los países con mayor cantidad de casos por Alzheimer entre las personas de más de 60 años: un 5% de las personas mayores de 65 años padecen Alzheimer, y en mayores de 90 años el porcentaje aumenta hasta el 40%. Como consecuencia del envejecimiento de la población, se espera que la prevalencia de la demencia debida a esta enfermedad se doble.

2 Objetivos

- Dar a conocer la importancia de la resonancia magnética en el diagnóstico de esta enfermedad.
- Informar sobre fases y concepto de la enfermedad de Alzheimer.

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 páginas web, seleccionando artículos científicos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Las imágenes obtenidas por resonancia magnética utilizan un campo magnético y ondas de radio que se generan por computadora para crear imágenes detalladas de los órganos y los tejidos del cuerpo.

Los equipos de resonancia son grandes imanes en forma de tubo. Cuando el paciente se encuentra dentro del equipo de resonancia magnética, se genera un campo magnético que realinea temporalmente las moléculas de agua en el cuerpo. Estas ondas de radio hacen que los átomos alineados produzcan señales muy débiles, que se usan para crear imágenes transversales de resonancia magnética, como si fuesen rebanadas de pan. Este equipo también puede crear imágenes en 3D que se pueden visualizar desde todos los ángulos.

La resonancia es capaz de detectar anomalías en la cabeza asociadas con el deterioro cognitivo leve que podrían desarrollar Alzheimer, en sus primeras fases de desarrollo puede ser que una resonancia magnética salga normal, pero en etapas posteriores puede mostrar una disminución en el tamaño de diferentes áreas del cerebro, sobre todo en los lóbulos parietal y temporal.

Actualmente, no existe una cura para el Alzheimer, pero si se detecta en sus fases tempranas, existen medicamentos que retardan la progresión de la enfermedad y puede tratar sus síntomas.

Los síntomas de esta enfermedad pueden ser varios, algunos pueden ser más leves y otros más graves. Pueden ser: pérdidas de memoria, dificultades para realizar una secuencia de tareas compleja, problemas en el lenguaje, desorientación, espacio temporal y personal, cambios en el estado de ánimo, pérdida de iniciativa, sobre todo a la hora de salir a la calle.

Podemos dividir esta enfermedad en tres fases: fase leve, moderada y grave.

- En la fase leve la persona tiene algunos síntomas como pérdidas leves de memoria, pero sigue manteniendo su independencia.
- En la fase moderada ya empieza a tener problemas para mantener su independencia, necesitando ya algunas ayudas por las pérdidas de memoria más acentuadas-
- En la fase grave la persona ya se vuelve totalmente dependiente.

5 Discusión-Conclusión

El proceso para cuidar a una persona que tiene Alzheimer puede resultar un tanto complicado, ya que muchas veces nos centramos tanto en el cuidado de la otra persona que dejamos de lado nuestro propio cuidado personal.

Es muy importante tener una buena comunicación con el médico que atiende a la persona afectada por esta enfermedad, para poder pedirle ayuda, información o apoyo en caso de necesitarlo. Ya que a menudo con ellos los que mejor nos pueden asesorar, ayudar a entender la situación, o dar información sobre lo necesario para la persona. Es muy necesario comprender que es necesario cuidarnos primero para después poder cuidar bien a los demás.

6 Bibliografía

1. EpData. Personas diagnosticadas de Alzheimer en España por grupo de edad y sexo - Año 2020. EpData - La actualidad informativa en datos estadísticos de Europa Press; 2020.
2. España es uno de los países del mundo con mayor proporción de casos de Alzheimer – SID [Internet]. Usal.es. [citado el 12 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://sid-inico.usal.es/noticias/espana-es-uno-de-los-paises-del-mundo-con-mayor-proporcion-de-casos-de-alzheimer/>
3. ¿Qué es el Alzheimer? [Internet]. Alzheimer's Disease and Dementia. [citado el 12 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.alz.org/alzheimer-dementia/que-es-la-enfermedad-de-alzheimer>
4. Radiological Society of North America (RSNA), American College of Radiology (ACR). Enfermedad de Alzheimer [Internet]. Radiologyinfo.org. [citado el 12 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.radiologyinfo.org/es/info/alzheimers>
5. Fass LM. Alzheimer: todo lo que necesitas saber [Internet]. Fundación Atilano Sánchez Sánchez. 2021 [citado el 12 de septiembre de 2023]. Disponible

en: https://www.fundacionfass.org/general/alzheimer/?gad=1&gclid=EAIaIQobChMIupPR-ZmlgQMVI-XmCh2TmwYPEAAYASAAEgIrmfD_BwE

Capítulo 363

PREVENCIÓN DEL CONTAGIO DE CONJUNTIVITIS

ÚRSULA CANDÁS ÁLVAREZ

1 Introducción

La conjuntivitis consiste en la inflamación de la conjuntiva, ese tejido fino y transparente que cubre el interior del párpado y la parte blanca del ojo. La conjuntiva, que contiene pequeños vasos sanguíneos, produce una sustancia viscosa para mantener húmeda y protegida la superficie del ojo. Cuando esta membrana mucosa se inflama, los vasos sanguíneos se hacen más grandes y visibles, lo que otorga al ojo un color rosado o rojizo, y puede provocar molestias, una mayor producción de legañas, etc. Estos signos de conjuntivitis pueden producirse en ambos ojos o solo en uno de ellos. Esta inflamación se puede deber a una infección, un irritante, ojos secos o una alergia. La conjuntivitis está causada por gérmenes como virus, bacterias y alergias. Por ejemplo en el caso de ser vírica pondríamos el ejemplo de ojo rojo que se disemina muy fácilmente en niños. En caso de ser causada por una bacteria podría ser el caso de un recién nacido contagiado por una bacteria del canal del parto. Y por último la conjuntivitis alérgica causada por polen, sequedad... Esta enfermedad puede afectar tanto a adultos como a niños ya que con el simple hecho de tocarse se lo pasarían. Existen una serie de síntomas y signos comunes en este problema en primer lugar y el más común es el ojo rojo con molestias, secreciones, mas legañas y sensibilidad a la luz. En alergias da muchos picos y puede ir acompañada de rinitis. Estos síntomas pueden durar entre una y dos semanas. Las principales vías de contagio son el contacto directo con secreciones.

2 Objetivos

-Describir medidas de protección para el personal sanitario para evitar el contagio de la conjuntivitis.

3 Metodología

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

Los profesionales sanitarios son indispensables y por ello deben de cuidarse para si protegerse ellos y a los demás pacientes. Para ello los personales sanitarios deben de realizar medidas oportunas para prevenir el contagio de la conjuntivitis. Algunas de esas medidas son:

- Higiene de manos donde el personal sanitario deberá hacer un lavado de manos o en su defecto aplicar solución hidroalcohólica antes y después de contactar con el paciente. Al retirarse los guantes siempre debe de lavar las manos con agua y jabón, secarlas con papel y utilizar de nuevo solución hidroalcohólica. Así existen menos probabilidades de que ocurra el contagio tanto al personal sanitario como al de los demás usuarios que puedan entrar en contacto con él, nosotros o los productos que utilizamos anteriormente.
- Colirios: en estos casos es mucho más efectivo el uso de mono dosis ya que se desecharán después de ser utilizados por pacientes afectados con conjuntivitis.
- Desinfección de instrumental: cada vez que estemos con paciente infectado debemos de desinfectar el material ya sea termómetros, tensiómetro etc, deben limpiarse y desinfectarse después de su uso con cada paciente.
- Desinfección de todas las superficies que han estado en contacto con el paciente y el personal sanitario relacionado con la enfermedad. Con ello evitaremos el contacto con la superficie.
- El paciente deben de tener sus propios artículos personales para que así los demás no tengan contacto con ello o por lo menos no haya el riesgo de usar artículos de la persona infectada . También es recomendable que el paciente use en estos momentos utensilios desechables. Como por ejemplo el uso de toallas de papel, no compartir almohada.

Todo ello son prescripciones imprescindibles para evitar el contagio.

5 Discusión-Conclusión

En cuanto nos encontremos con estos síntomas es mejor ir al médico para que él nos puede realizar un diagnóstico de lo ocurrido y así poder tratarlo cuanto antes y con los mejores productos a nuestro alcance. Es muy importante tener en cuenta que la conjuntivitis es contagiosa sobre todo las víricas, que son capaces de sobrevivir durante semanas en superficies.

Los profesionales deben de cumplir correctamente las medidas de prevención para así evitar su propagación tanto a ellos como a las personas que se encuentren en sus cuidados para así protegernos de ese agente infeccioso tanto a nosotros como a los demás.

6 Bibliografía

1-<https://medicaloptica.es/blog/que-es-la-conjuntivitis-y-como-tratarla/>

2-<https://www.rodriuez-raton.com/tratamientos/conjuntivitis/>

Capítulo 364

AUTOCUIDADO Y PREVENCIÓN DEL AGOTAMIENTO DEL PROFESIONAL SANITARIO.

ANA MELENDRERAS COVIELLA

ANDREA FERNANDEZ SAIZ

ÁLVARO FERNÁNDEZ SÁIZ

1 Introducción

El autocuidado y la prevención del agotamiento son aspectos fundamentales en la vida de los profesionales sanitarios, cuyo trabajo se caracteriza por una dedicación incansable a la salud y el bienestar de los demás. Estos profesionales, que incluyen médicos, enfermeras, técnicos de emergencias médicas y otros, desempeñan un papel esencial en la atención médica y a menudo se enfrentan a situaciones exigentes y emocionalmente intensas.

El entorno sanitario está marcado por la presión constante, largas jornadas laborales y la responsabilidad de tomar decisiones críticas que pueden tener un impacto profundo en la vida de los pacientes. Esta presión sostenida puede dar lugar a altos niveles de estrés, agotamiento y fatiga emocional, lo que a su vez puede afectar negativamente la salud mental y física de los profesionales sanitarios.

En este capítulo, exploraremos a fondo la importancia del autocuidado y la prevención del agotamiento en el campo de la salud. Analizaremos las diversas dimensiones del autocuidado, que incluyen la salud física, emocional y social, y

cómo estas se entrelazan para promover un equilibrio en la vida de los profesionales sanitarios.

Además, consideraremos estrategias efectivas para el autocuidado, que van desde la gestión del estrés y la promoción de la resiliencia hasta la importancia de establecer límites saludables en el trabajo. Reconocer las señales de agotamiento y buscar apoyo son elementos fundamentales en la prevención de este fenómeno. A medida que avanzamos en este capítulo, destacaremos la relevancia del autocuidado no solo para el bienestar individual de los profesionales sanitarios, sino también para la calidad de la atención que brindan a sus pacientes. El autocuidado adecuado fortalece la capacidad de los profesionales para proporcionar atención de alta calidad y compasiva, contribuyendo así a un sistema de salud más sólido y eficaz en su conjunto

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la importancia del autocuidado en el personal sanitario y resaltar la relevancia de promover una cultura de autocuidado y bienestar en los entornos de trabajo sanitarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

El autocuidado efectivo es esencial para garantizar que los profesionales sanitarios puedan mantener un alto nivel de rendimiento y bienestar a lo largo de sus carreras. Aquí, se presentan los resultados clave de la práctica del autocuidado y la prevención del agotamiento en el ámbito de la salud.

- Mejora de la salud mental y emocional: El autocuidado regular, que incluye técnicas como la meditación, la terapia de apoyo y el tiempo para el descanso y la relajación, se ha asociado positivamente con una mejor salud mental y emocional. Los profesionales que practican el autocuidado reportan una mayor capacidad

para gestionar el estrés y las demandas emocionales de su trabajo. Esto no solo beneficia su propia salud mental, sino que también se traduce en una atención más compasiva y efectiva para los pacientes.

- Reducción del agotamiento profesional: La prevención del agotamiento es uno de los principales resultados del autocuidado. Los profesionales que incorporan estrategias de autocuidado en su vida cotidiana tienen menos probabilidades de experimentar agotamiento profesional, lo que se manifiesta en síntomas como la fatiga crónica, la disminución del interés en el trabajo y la falta de energía. Al mantener una reserva de energía física y emocional a través del autocuidado, los profesionales pueden mantener su pasión por la atención médica.
- Mayor resiliencia y adaptabilidad: La práctica del autocuidado aumenta la resiliencia de los profesionales sanitarios, lo que les permite enfrentar desafíos y cambios con mayor eficacia. La capacidad de recuperación emocional es crucial en un entorno de atención médica en constante evolución, donde los profesionales deben adaptarse a nuevas tecnologías, protocolos y desafíos de salud pública.
- Mejora de la satisfacción laboral y la retención de personal: El autocuidado contribuye a una mayor satisfacción laboral y a la retención de personal en el campo de la salud. Los profesionales que se sienten respaldados en su bienestar son más propensos a mantenerse en sus roles y a experimentar satisfacción en su trabajo. Esto, a su vez, reduce la rotación de personal, lo que es beneficioso tanto para los individuos como para las instituciones de atención médica.
- Impacto positivo en la calidad de la atención al paciente: El autocuidado no solo beneficia a los profesionales de la salud, sino que también tiene un impacto positivo en la calidad de la atención al paciente. Los profesionales que están emocionalmente equilibrados y físicamente saludables

5 Discusión-Conclusión

El autocuidado y la prevención del agotamiento profesional son aspectos fundamentales para el bienestar y la efectividad del personal sanitario. Al implementar estrategias adecuadas de autocuidado y promover una cultura de bienestar en los entornos de trabajo sanitarios, se puede reducir el riesgo de agotamiento y mejorar la calidad de la atención proporcionada. Es responsabilidad tanto de los profesionales de la salud como de las instituciones sanitarias tomar medidas para abordar el agotamiento y garantizar un ambiente de trabajo saludable y

sostenible para todo el personal sanitario. Al cuidar a los profesionales, también se está cuidando a los pacientes y fortaleciendo el sistema de atención médica 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 365

CUIDADO Y PREVENCIÓN DE LESIONES DEL PERSONAL SANITARIO

ANA MELENDRERAS COVIELLA

ANDREA FERNANDEZ SAIZ

ÁLVARO FERNÁNDEZ SÁIZ

1 Introducción

La atención médica es una vocación noble, pero también una profesión que conlleva riesgos físicos. Los profesionales sanitarios, como médicos, enfermeras, técnicos de emergencias médicas y personal de apoyo, están dedicados a proporcionar atención a los pacientes en situaciones de salud diversas. Sin embargo, este noble compromiso a menudo se desarrolla en entornos de trabajo que presentan riesgos significativos para la salud y la seguridad del personal sanitario.

Las lesiones y los incidentes ocupacionales son lamentablemente comunes en el campo de la atención médica. Los profesionales sanitarios enfrentan riesgos como pinchazos con agujas, exposición a productos químicos peligrosos, movilización de pacientes con riesgo de lesiones musculoesqueléticas, y, en situaciones extremas, agresiones por parte de pacientes o familiares. Estos riesgos pueden tener un impacto significativo en la salud y el bienestar de los trabajadores de la salud, además de aumentar los costos de atención médica y reducir la calidad de la atención proporcionada.

Este capítulo se centra en el cuidado y la prevención de lesiones del personal sanitario, examinando los riesgos específicos a los que se enfrentan y las estrategias que pueden implementarse para minimizar estos riesgos. Analizaremos la

importancia de la formación, el uso de equipo de protección personal (EPP), las prácticas seguras en la manipulación de pacientes y las medidas para abordar la violencia en el entorno de atención médica.

2 Objetivos

-Analizar los riesgos y las causas de las lesiones del personal sanitario, así como identificar medidas preventivas y de cuidado que puedan ser implementadas para garantizar la seguridad y bienestar de los profesionales de la salud.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 implementación de estrategias de prevención de lesiones en el personal sanitario ha demostrado ser altamente efectiva en múltiples aspectos cruciales:

1. Reducción de Lesiones Relacionadas con Agujas y Punzocortantes: La introducción de prácticas seguras en el manejo de agujas y dispositivos punzocortantes, junto con la promoción de la utilización de dispositivos de seguridad, ha resultado en una reducción significativa de las lesiones por pinchazos entre los trabajadores de la salud. Los procedimientos mejorados de eliminación de objetos punzocortantes y la disposición segura de estos materiales han contribuido a esta disminución.
2. Mejora de la Seguridad Músculo-esquelética: La capacitación continua en técnicas adecuadas de manejo de pacientes, así como el fomento del uso de dispositivos de asistencia mecánica, han sido eficaces en la reducción de las lesiones músculo-esqueléticas. La adopción de métodos ergonómicos y la concienciación sobre la importancia de la movilización segura de los pacientes también han contribuido a estos resultados positivos.
3. Prevención de Agresiones: La implementación de políticas de prevención de la violencia en el lugar de trabajo y la formación del personal en la gestión de

situaciones conflictivas han tenido un impacto notable en la prevención de agresiones hacia los trabajadores de la salud. Las medidas de seguridad física, como la disponibilidad de personal de seguridad y sistemas de alarma, también han sido efectivas en la reducción de incidentes violentos.

4. Cambio en la Cultura de Seguridad: La promoción de una cultura de seguridad en entornos de atención médica ha sido fundamental para fomentar la conciencia de los riesgos y aumentar la adhesión a las prácticas seguras por parte del personal sanitario. La comunicación abierta sobre incidentes de seguridad, el aprendizaje de errores y la participación activa del personal en la identificación y solución de problemas de seguridad han contribuido a este cambio cultural positivo.

Estos resultados destacan la importancia de la prevención de lesiones como un componente esencial de la seguridad y el bienestar del personal sanitario. Además, se ha observado una mejora sustancial en la calidad de la atención médica brindada a los pacientes, ya que un personal saludable y seguro está mejor capacitado para ofrecer atención compasiva y efectiva. La prevención de lesiones es un pilar fundamental en la construcción de entornos de atención médica seguros y de alta calidad.

5 Discusión-Conclusión

El cuidado y la prevención de lesiones del personal sanitario son fundamentales para garantizar la seguridad y bienestar de los profesionales de la salud en su lugar de trabajo. La identificación de riesgos y la implementación de medidas preventivas efectivas pueden reducir significativamente la incidencia de lesiones laborales. Además, el fomento de una cultura de seguridad y el cuidado del bienestar del personal contribuyen a mejorar la calidad de la atención médica proporcionada y promueven un ambiente laboral saludable y sostenible. Es responsabilidad de las instituciones sanitarias y los profesionales de la salud trabajar juntos para asegurar que se tomen las medidas necesarias para proteger la salud y seguridad del personal en el ejercicio de su profesión.

6 Bibliografía

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

Capítulo 366

HISTORIA DE LA MALARIA Y SUS PRUEBAS DE LABORATORIO

MÓNICA SEVILLA GARCÍA-MONTIEL

1 Introducción

El paludismo o malaria, es una de las enfermedades más antiguas y mortíferas de la historia de la humanidad. Esta enfermedad ha afectado a la sociedad de innumerables maneras, desde frenar el desarrollo económico hasta cobrarse innumerables vidas en todo el mundo. En este artículo, exploraremos la historia de la malaria, rastreando su impacto en la civilización humana desde la antigüedad hasta nuestros días. Al examinar la historia de esta pandemia, comprenderemos mejor los retos que nos aguardan contra esta enfermedad mortal.

La historia del paludismo se remonta a la antigüedad. Los griegos y romanos se referían a la enfermedad como "mal aire", ya que creían que estaba causada por los malos olores que emanaban de pantanos y ciénagas. En la India y China, el paludismo se conocía como la "fiebre de los pantanos" y la "enfermedad del frío", respectivamente.

La malaria fue responsable de la muerte de innumerables personas, tanto soldados como civiles. Los brotes de paludismo solían producirse en tiempos de guerra, cuando las tropas eran enviadas a entornos nuevos y desconocidos en los que estaban expuestas a la enfermedad.

A pesar de su prevalencia, en la antigüedad apenas se conocían las causas y el tratamiento de la malaria. No fue hasta el siglo XVII cuando el médico italiano Francesco Torti identificó los síntomas característicos de la enfermedad: fiebre, escalofríos y sudoración.

La época colonial marcó un punto de inflexión en la historia del paludismo. La colonización europea provocó cambios importantes en el entorno y las estructuras sociales de muchas regiones, lo que a su vez tuvo un impacto significativo en la propagación de la enfermedad.

La construcción de presas y sistemas de riego para la agricultura creó nuevos caldos de cultivo para los mosquitos, lo que contribuyó a la propagación del paludismo. La circulación de personas y mercancías a través de las fronteras también facilitó la transmisión de la enfermedad, ya que los mosquitos podían viajar fácilmente en barcos y otros medios de transporte.

El paludismo tuvo un impacto significativo en la sociedad colonial, especialmente en África. La enfermedad fue responsable de la muerte de un gran número de colonizadores europeos y sus familias, así como de poblaciones indígenas. Los brotes de paludismo solían producirse durante la estación lluviosa, y tenían un impacto significativo en la producción agrícola y el desarrollo económico.

El descubrimiento del parásito de la malaria fue un hito importante en la historia de la enfermedad. En 1897, el médico británico Ronald Ross descubrió el parásito en el estómago de un mosquito, demostrando que era el vector responsable de la transmisión de la enfermedad.

El descubrimiento de Ross le valió el Premio Nobel de Fisiología o Medicina en 1902, convirtiéndose en el primer Nobel británico de medicina. Su descubrimiento allanó el camino para nuevas investigaciones sobre las causas y el tratamiento de la malaria, que a su vez condujeron al desarrollo de nuevos fármacos e insecticidas.

El siglo XX fue un periodo de importantes avances en la lucha contra el paludismo. El desarrollo de insecticidas, como el DDT, y de fármacos antipalúdicos, como la cloroquina, ayudaron a controlar la propagación de la enfermedad en muchas regiones.

Los insecticidas fueron especialmente eficaces para reducir el número de mosquitos, lo que a su vez redujo la transmisión de la enfermedad. Los medicamentos antipalúdicos también fueron eficaces para tratar los síntomas de la enfermedad, aunque su eficacia se vio limitada por la aparición de cepas del parásito resistentes a los fármacos.

A pesar de estos avances, la malaria siguió siendo una importante amenaza para la salud pública en muchas regiones, sobre todo en el África subsahariana. En los últimos años se ha renovado el interés por la lucha contra el paludismo, y se han desarrollado y distribuido nuevos fármacos e insecticidas en las regiones afectadas.

Según la Organización Mundial de la Salud, se estima que en 2019 se produjeron

229 millones de casos de paludismo en todo el mundo, que causaron 409.000 muertes.

La mayoría de los casos de malaria se producen en el África subsahariana, donde la enfermedad es responsable de una importante carga de morbilidad y mortalidad. Los niños menores de cinco años son particularmente vulnerables a la enfermedad, ya que representan aproximadamente dos tercios de todas las muertes por malaria.

A pesar de estas alarmantes estadísticas, en los últimos años se han producido algunas tendencias alentadoras. El número de casos de paludismo ha disminuido en muchas regiones, y varios países han notificado reducciones significativas en el número de casos y muertes. Esto se ha atribuido a la mayor disponibilidad de mosquiteros tratados con insecticida, a la mejora del diagnóstico y el tratamiento, y a otras intervenciones.

La enfermedad está estrechamente vinculada a la pobreza y las poblaciones más pobres y vulnerables son las más afectadas.

El impacto de la malaria en la educación también es significativo. Los niños infectados por la enfermedad tienen más probabilidades de faltar a la escuela, lo que conlleva una pérdida de oportunidades educativas y un menor rendimiento académico. Esto puede tener implicaciones a largo plazo para sus perspectivas de futuro y su desarrollo económico.

Por lo tanto, los esfuerzos para controlar y eliminar la malaria deben tener en cuenta los factores sociales y económicos que contribuyen a la propagación de la enfermedad. Esto incluye abordar la pobreza, mejorar el acceso a la sanidad y la educación y promover el desarrollo económico en las regiones afectadas.

La malaria ha sido una enfermedad persistente y mortal a lo largo de la historia de la humanidad, causando un sufrimiento indecible y frenando el desarrollo económico de las regiones afectadas. Aunque se han logrado avances significativos en la lucha contra la enfermedad, aún queda mucho trabajo por hacer.

La inversión continua en investigación y desarrollo, así como una mayor colaboración entre gobiernos, ONG y el sector privado, serán claves para el éxito de los esfuerzos de control de la malaria. Trabajando juntos, podemos reducir la carga de esta enfermedad mortal y crear un futuro más sano y próspero para todos.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es el de indagar en profundidad sobre las causas que provocan la enfermedad del Paludismo o Malaria; dónde y por qué surgió, quienes descubrieron su propagación, cuáles son las pruebas que se realizan para

detectarlo y qué tratamientos existen para ayudar a los enfermos.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a una exhaustiva investigación de la bibliografía existente en libros científicos e históricos y en artículos de las bases de datos siguientes: Scielo, Medline y Organización Mundial de la Salud, en los idiomas de inglés y español.

4 Resultados

El paludismo es una enfermedad potencialmente mortal causada por el parásito *Plasmodium*, de los que existen 5 subespecies. Las más mortíferas son: *P. falciparum* y *P. vivax*; las otras tres que causan infección en humanos son la *P. malariae*, *P. ovale* y *P. knowlesi*. La enfermedad prevalece en las regiones tropicales y subtropicales del mundo, sobre todo en el África subsahariana. Se transmite al ser humano a través de la picadura de mosquitos *Anopheles* hembra infectados. El parásito del paludismo se multiplica en el hígado e infecta los glóbulos rojos, provocando fiebre, escalofríos y síntomas gripales. Si no se trata, puede provocar complicaciones graves, como anemia, paludismo cerebral e incluso la muerte.

Los síntomas del paludismo suelen aparecer entre 7 y 30 días después de la infección. Los síntomas más comunes incluyen fiebre, escalofríos, dolor de cabeza, dolor muscular y fatiga. Estos síntomas pueden ser leves o graves, dependiendo del tipo de parásito del paludismo y del nivel de infección. En casos graves, el paludismo puede causar dificultad respiratoria, insuficiencia orgánica y muerte. El diagnóstico del paludismo requiere análisis de laboratorio de muestras de sangre. Existen varios tipos de pruebas de laboratorio para diagnosticar el paludismo: microscopía, pruebas de diagnóstico rápido y pruebas moleculares. La microscopía es el método más utilizado para diagnosticar el paludismo, ya que es relativamente barato y está ampliamente disponible. Este método consiste en examinar un frotis de sangre al microscopio para detectar la presencia del parásito del paludismo. Sin embargo, la microscopía requiere técnicos cualificados, y la precisión de la prueba puede verse afectada por factores como el nivel de infección y la calidad del microscopio.

La prueba de diagnóstico rápido consiste en la búsqueda de ciertas proteínas presentes en los parásitos causantes de la malaria. Arrojan resultados en tan sólo 15 minutos, pero no sirve para saber con qué tipo de parásito ha sido el paciente ni el grado de infección.

La prueba del conteo sanguíneo completo (CBC) se realiza mediante un análisis de sangre y mostrará el grado de infección del paciente.

Las pruebas de laboratorio también desempeñan un papel crucial en el seguimiento de la eficacia del tratamiento del paludismo. El diagnóstico y el tratamiento precisos del paludismo son esenciales para prevenir complicaciones graves y muertes.

Sin embargo, el acceso a las pruebas de laboratorio para la malaria es limitado en muchas partes del mundo, especialmente en el África subsahariana. Esto se debe a varios factores, como la falta de recursos, personal formado e infraestructuras. Como consecuencia, muchos casos de paludismo no se diagnostican ni se tratan, lo que provoca complicaciones graves y muertes.

Las vacunas son una herramienta fundamental para prevenir las enfermedades infecciosas. Funcionan estimulando el sistema inmunitario para que produzca anticuerpos capaces de combatir la enfermedad sin causarla. El desarrollo de vacunas contra la malaria ha sido todo un reto, ya que el parásito de la malaria tiene un ciclo vital complejo y puede eludir el sistema inmunitario.

En las últimas décadas se ha avanzado mucho en el desarrollo de vacunas contra la malaria. Se han probado varias vacunas candidatas en ensayos clínicos, con distintos grados de éxito. La vacuna más avanzada es la RTS,S, desarrollada por GlaxoSmithKline. Esta vacuna ha demostrado proporcionar una protección parcial contra la malaria en niños y bebés en ensayos clínicos realizados en África. Se están desarrollando mas tipos de vacunas contra la malaria, como las vacunas contra el parásito completo, las vacunas de subunidades y las vacunas genéticamente modificadas. Las vacunas con parásitos enteros utilizan parásitos vivos o atenuados para estimular el sistema inmunitario. Las vacunas de subunidades utilizan proteínas o antígenos específicos del parásito del paludismo para estimular el sistema inmunitario. Las vacunas genéticamente modificadas utilizan vectores virales para administrar antígenos del parásito del paludismo al sistema inmunitario.

La eficacia de las vacunas contra el paludismo varía en función del tipo de vacuna y de la población vacunada.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de los significativos avances en la lucha contra el paludismo, la enfermedad sigue siendo un importante problema sanitario mundial y ha sido responsable de innumerables muertes. Calculan que el paludismo ha matado a más de 500 millones de personas en el último siglo. La enfermedad también ha tenido

un impacto significativo en el desarrollo económico, especialmente en el África subsahariana, donde es endémica.

A principios del siglo XX, el paludismo era frecuente en muchas partes del mundo, como Europa. El desarrollo y suministro de vacunas eficaces contra la malaria sigue siendo una prioridad para las organizaciones de salud pública y los investigadores. Además, mejorar el acceso a las herramientas de diagnóstico y tratamiento en las poblaciones desatendidas es esencial para reducir la carga de la malaria. La investigación y el desarrollo continuos de vacunas contra el paludismo y otras medidas preventivas serán fundamentales para alcanzar el objetivo de su eliminación.

Se ha firmado la llamada “Estrategia Técnica Mundial contra la Malaria (2016-2023)” donde se reflejan unas pautas técnicas para aquellos países en los que el paludismo es endémico, y así, tratar de controlar y terminar con la enfermedad en unos años, reduciendo en un 90% los casos y las muertes para 2030; terminando en esa fecha con la enfermedad en 35 países e impidiendo que no vuelva a surgir en los lugares donde han conseguido erradicarla.

Además, cada vez se presta más atención al uso de datos y tecnología para mejorar el control de la malaria. Esto incluye el uso de aplicaciones de telefonía móvil para hacer un seguimiento de los brotes, el uso de imágenes por satélite para cartografiar la propagación de la enfermedad y el uso de inteligencia artificial para predecir los brotes y orientar las intervenciones.

Con esfuerzos e inversiones constantes, podemos esperar ver un futuro en el que la malaria deje de ser una amenaza para la salud mundial.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/pruebas-de-malaria/>.
2. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/malaria/symptoms-causes/syc-20351184>
3. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malaria>.
4. <https://www.msf.es/contexto/malaria>
5. https://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SO123-9392201100040013

Capítulo 367

LA CANDIDIASIS VAGINAL

MARIA AMPARO FUXET AGUILAR

M^a MONTSERRAT GABIA RABANO

ESTEFANIA GARCIA ZAPICO

ANA MARÍA BERDIALES PASCUAL

OLAYA FALCÓN GARCÍA

1 Introducción

Se trata de una infección de la vulva y de la vagina causada por un hongo.

Con mayor frecuencia se debe al hongo *Cándida albicans*.

En el resto de infecciones vaginales causadas por hongos la causa puede ser otra especie de *Cándida* o puede ser posible que se trate de un hongo que ni siquiera sea *Cándida*.

La *Cándida* es un tipo de hongo que se encuentra en la flora vaginal de forma habitual y que en condiciones normales no ocasiona ningún tipo de problema.

Sin embargo y por causas desconocidas la *Cándida* pasa de ser un organismo comensal a convertirse en un organismo patógeno produciendo la candidiasis vaginal.

Podemos hablar de la segunda causa más frecuente de vaginitis, nombre con el que se denomina cualquier proceso inflamatorio de la mucosa vaginal y que suele ir acompañado de un aumento de la secreción vaginal.

Existen varias causas que pueden hacer que la candidiasis vaginal prolifere de una forma descontrolada como pueden ser los cambios en la flora bacteriana por

el uso reciente de antibióticos; los cambios hormonales en el embarazo, también por el uso de métodos anticonceptivos, los cambios hormonales, la menopausia; los cambios en el pH vaginal haciéndose así más ácido; y en la disminución del sistema inmune en personas con VIH, cáncer, diabetes y obesidad.

2 Objetivos

Describir los aspectos fundamentales a tener en cuenta sobre la infección por el hongo *Candida albicans*.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación contundente en una revisión bibliográfica de literatura científica. Se realiza una búsqueda bibliográfica de bases de datos como en Medline plus también Mayo Clinic o Stanford Medicine, Elsevier, clínica medicina integrativa.

4 Resultados

Aún no se sabe muy bien cuál es el mecanismo por el que esto sucede pero hay muchos factores que favorecen su desarrollo tales como la diabetes, el embarazo, el uso de antibióticos, el uso de anticonceptivos, la obesidad, la actividad sexual. Puede darse el caso de que las infecciones se den con el contacto boca-genitales. La prevención es muy importante para reducir lo más posible la infección por el hongo *Candida albicans*, como puede ser evitar el uso de ropa demasiado ajustada, las duchas vaginales que favorecen la eliminación de algunas de las bacterias buenas que se encuentran en condiciones normales en la vagina, el uso continuado de productos íntimos que estén perfumados, los baños muy calientes y permanecer durante un periodo prolongado de tiempo con ropa mojada.

En el caso de los hombres podemos hablar de candidiasis del pene o candidiasis masculina en la cual la infección se manifiesta con una infección del glande o una infección del prepucio a las que se da el nombre de balanitis o balanopostitis con síntomas tales como enrojecimiento, hinchazón, picazón, dolor en el glande y placas blancas.

En el caso de los niños, estos se encuentran en riesgo cuando existe una higiene deficiente, transcurre demasiado tiempo entre el cambio de un pañal a otro, la

toma de antibióticos, un sistema inmune débil, como también un clima cálido y húmedo.

También se puede hablar de la Candidiasis vaginal recurrente que suele ser muy habitual diariamente, provocando molestias crónicas muy difíciles de solucionar. Hablaremos de candidiasis vaginal recurrente cuando en el periodo de un año se presenten como cuatro o mas episodios de candidiasis vaginal, actualmente no se cuenta con tratamientos efectivos para eliminar los periodos recurrentes

Se sospecha que la candidiasis vaginal crónica presenta problemas intestinales asociados

5 Discusión-Conclusión

En lo que se refiere a los niños evitaremos que la zona del pañal esté húmeda y cambiaremos cada poco el pañal realizando una correcta higiene de la zona o también dejando al niño durante algún tiempo sin el pañal puesto.

Destacaremos que promocionando una buena higiene y unos hábitos de vida saludables como pueden ser un buen estado de salud, evitaremos la aparición de la candidiasis. Así como la limitación del uso de antibióticos, la higiene en las prácticas sexuales así como el uso de métodos anticonceptivos si se sabe que por lo menos uno de los dos miembros de la pareja padece candidiasis vaginal evitando incluso la realización del acto sexual.

6 Bibliografía

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

Capítulo 368

EL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y LAS TÉCNICAS RADIOGRÁFICAS DE LA VIA BILIAR

MARÍA LUZ SENDARRUBIAS MUÑOZ

ROCIO GARCIA HEREDIA

KAREN MILENA MOLINA DAGUER

LAURA BARRIGA CALLE

1 Introducción

Para el estudio del sistema biliar mediante exploraciones radiológicas solemos utilizar como primera opción la ecografía y como estudios más específicos la colangiografía, las cuales nos sirven para poder establecer los diagnósticos de las posibles patologías que se den en el mismo.

La ecografía es el mejor método para estudiar la vesícula biliar y los conductos biliares. Con ella se pueden identificar cálculos en la vesícula en el 98% de los casos, junto con la colecistografía oral.

Las vías biliares extrahepáticas y la vesícula biliar no son visibles en la radiología convencional, por lo que se precisa opacificarlas con un medio de contraste yodado hidrosoluble, con el cual será eliminado por la bilis. Este contraste yodado puede ser administrado de 3 formas: por vía oral, inyectada en vena o inyectada directamente en los conductos que se van a estudiar.

Existen varias técnicas radiológicas que se pueden utilizar para la exploración de las vías biliares. Tenemos que tener en cuenta que antes se realizará una radiografía simple de abdomen, la cual nos pone de manifiesto la localización de la vesícula biliar.

Preparación al paciente:

Se debe realizar una radiografía preliminar el día antes de la colecistografía oral para comprobarlo. Esta radiografía se realiza con dos propósitos:

1. Para poder visualizar todo el contenido fecal que puede existir en el intestino y así poder establecer en caso de que fuese necesario o no la aplicación de enemas.
2. Para poder visualizar cálculos radiopacos pequeños que el contraste puede ocultar.

Se le indicará al paciente una dieta rica en grasas durante la comida del día anterior y una cena sin alimentos grasos. Dos horas después se han de tomar los comprimidos que contienen el medio de contraste. Una vez tomados los comprimidos ya no se podrá comer nada.

Se deben de tomar 10-12 horas antes hasta que se vaya a realizar la exploración de la vesícula, para que la concentración de contraste sea la mayor posible dentro de la vesícula. Si la realización del estudio fuese de tarde se realizará un desayuno ligero antes de las 10 de la mañana y no se podrá tomar nada más a partir de esa hora. Antes de la exploración radiográfica se aplicará un enema.

2 Objetivos

Explicar cómo el técnico en imagen para el diagnóstico interviene en el estudio de la vesícula por la colecistografía oral y la ecografía.

3 Metodología

El método para buscar la información que voy a necesitar debe ser en buscadores científicos como: Google académico, Pubmed, Redined, Medline, Elsevier, Seram. Al revisar toda esta información es importante quedarse con la más actual. Al encontrar la información antes de elegir debo seguir unos pasos imprescindibles: Los artículos deben ser actuales. Es necesario que el contenido tenga palabras clave: “colecistografía oral”, “ecografía”, “colangiografía

intravenosa”, “colangiografía percutánea”, “colangiopancreografía retrógrada endoscópica”, “vesícula biliar”.

4 Resultados

Como técnicos en imagen para el diagnóstico vamos a dar una explicación de los estudios que realizamos para la vesícula y conductos biliares, los cuales son los siguientes:

1. Colecistografía oral:

Es un estudio radiográfico de la vesícula biliar después de la administración de un contraste yodado radiopaco por vía oral.

- Indicaciones: Inflamación aguda de la vesícula biliar, existencia de cálculos en la vesícula, estrechamiento de las vías biliares, neoplasia vesicular y presencia de tumoraciones localizadas en el hipocondrio derecho.
- Contraindicaciones: Alteración en la función hepática, presentar hipersensibilidad a los contrastes, mostrar hipersensibilidad a los contrastes yodados, obstrucción del píloro, síndrome de mala absorción, mostrar una serie de trastornos gastrointestinales como vómitos o diarreas.
- Técnica habitual: La exploración de la vesícula opacificada con el contraste puede llevarse a cabo con técnicas radiográficas, fluoroscópicas o con las dos.

El paciente tendrá que colocar la pierna derecha flexionada sobre la mesa de exploración y la pierna izquierda estirada. El miembro superior izquierdo permanecerá estirado a lo largo del cuerpo, pero posterior, y el brazo derecho flexionado por encima de la cabeza. El rayo central incidirá perpendicularmente a nivel del hipocondrio derecho. Se le pide al paciente que suspenda la respiración al realizar el disparo.

Se utilizan una serie de proyecciones a la hora de realizar el estudio, pero la más utilizada es la oblicua anterior izquierda en decúbito, ro también se realizan otras proyecciones como la posteroanterior, bipedestación, decúbito prono, lateral derecha y anteroposterior en decúbito lateral derecho. Las radiografías en bipedestación o en decúbito son utilizadas para la localización de cálculos situados al final de la vesícula. También se realizan fluoroscopias con radiografías seriadas a todos los pacientes para comprobar la función de la vesícula. Primero se explora la vesícula a través del fluoroscopio y luego el paciente debe tomar un preparado rico en grasas que hace que la vesícula se contraiga, liberando la

bilis y junto a la bilis se libera el contraste. Al pasar media hora tras la ingesta de la sustancia grasa se realizan una serie de radiografías, tomando el paciente distintas posiciones con intervalos regulares para poder estudiar el vaciado de la vesícula.

2. Colangiografía intravenosa:

Es el estudio radiológico de las vías biliares que requiere la introducción de un medio de contraste yodado por vía intravenosa, el cual es captado por el hígado y expulsado súbitamente a la bilis, consiguiéndose imágenes del colédoco 30 minutos después.

-Indicaciones: Explorar las vías biliares en pacientes colecistectomizados, explorar los conductos biliares y la vesícula en caso de no visualizarse con la colecistografía oral, en caso en que el paciente no tolere el medio de contraste administrado por vía oral durante un tiempo, al sufrir vómitos o diarrea, diagnóstico de las alteraciones de los conductos biliares, diagnóstico entre apendicitis y colecistitis.

- Contraindicaciones: Pacientes con enfermedad hepática, ante valores de bilirrubina sérica mayores, ya que disminuirá la probabilidad de opacificación de los conductos biliares, en casos de ictericia obstructiva, en casos que se detecte alergia a los compuestos por yodo, presencia de enfermedad grave de hígado y riñón.

- Preparación del paciente: Antes de la realización de esta exploración se le debe indicar al paciente una serie de cuestiones: 1. Limpieza del colon mediante la aplicación de un enema. 2. Dieta restringida, eliminando el desayuno si la prueba tuviese lugar por la tarde, ya que se pueden producir vómitos.

A la hora de administrar el contraste se deben de tener en cuenta una serie de cosas:

1. Se debe tener preparado todo lo que se necesite para la realización de la exploración antes de que el paciente entre en la sala de exploración, ya que el contraste al ir al hígado a través de vía intravenosa llega rápido y también se elimina con rapidez.

2. La toma de radiografías se hace al poco tiempo de administrar el contraste.

3. El medio de contraste utilizado se diluye en solución salina isotónica o glucosada y se administra en infusión lenta durante 10 minutos, aunque algunos

profesionales lo prolongan hasta 1 hora.

4. El 90 % del contraste es excretado por el hígado y el 10% por los riñones en un sujeto normal.

5. La proyección oblicua anterior derecha impide la superposición de los conductos biliares opacificados con el tracto urinario.

- Técnica habitual: Primero se realiza una radiografía de abdomen simple en decúbito supino. Se colocará al paciente en posición oblicua derecha. Al terminar la inyección se repiten radiografías cada 10 minutos hasta que se logre una visualización satisfactoria de los conductos biliares. Las radiografías se procesan y revisan inmediatamente para proceder a cualquier cambio necesario y adaptar así la exploración a cada paciente. Las radiografías laterales de los conductos opacificados pueden aportar información útil sobre su anatomía y sus características.

3. Colangiografía percutánea transhepática:

Es la exploración radiográfica de los conductos biliares a través de una punción que se realiza directamente sobre un conducto hepático.

- Indicaciones: Se puede realizar en pacientes que tienen una inflamación de los conductos biliares, indicada para el tratamiento de la obstrucción de los conductos biliares a través de un catéter.

- Técnica habitual: Lo primero que se hace es informar al paciente del procedimiento que se le va a realizar. Al ser una técnica diagnóstica y quirúrgica se debe administrar un antibiótico antes de la realización de la exploración. Uso de sangre o derivados durante la exploración o posteriormente. Se colocará al paciente en la mesa de exploración en decúbito supino, después se le administra una anestesia local y sedación para que esté más tranquilo. Una vez anestesiado el paciente, se pincha un conducto biliar a través del hígado y siempre bajo control radioscópico. El estudio tiene una duración de 45 minutos. Ya que es una técnica intervencionista, cuando se termina la exploración se hace una técnica terapéutica que se basa en la colocación de un catéter que sirva para que la bilis drene hacia el duodeno.

4. Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica:

Es la exploración combinada con rayos X y endoscopio, que permite el estudio

radiográfico de los conductos biliares y pancreáticos mediante la introducción de un medio de contraste a nivel de la ampolla de Váter con el endoscopio.

- Indicaciones: Realizar una apertura permanente del esfínter. Extraer cálculos que estén en los conductos biliares. Dilatar los conductos pancreáticos. Drenar el colédoco.

- Técnica habitual: Para la realización de esta prueba se necesita introducir un endoscopio a través de la boca hasta el duodeno. Se puede administrar una anestesia en forma de aerosol en la boca del paciente, que es lo que facilitará la entrada del endoscopio. El paciente deberá realizar un ayuno de 10 horas aproximadamente. Una vez colocado el endoscopio, se introduce un catéter a través del esfínter de Oddi y acto seguido se introduce el contraste que va pasando por los conductos biliares. Se realizan las posiciones y radiografías necesarias, sabiendo que el contraste en un paciente normal tarda 5 minutos en discurrir por los conductos biliares. El técnico colocará al paciente en posición lateral izquierda para realizar proyecciones oblicuas y evitar superposiciones. El estudio suele durar 1 hora aproximadamente.

5. Ecografía:

Permite obtener información en tiempo real de manera cómoda, económica y rápida sobre las vías biliares.

- Indicaciones: Permite visualizar la vesícula a través del ultrasonido por su contenido líquido y por estar cerca de la pared abdominal. Los cálculos biliares se observan muy bien en el interior de la vesícula, ya que son muy ecorrefrigerantes. Da información sobre el espesor de la pared vesicular. La ecografía presenta una exactitud diagnóstica mayor del 95 %, puede dar falsos positivos en un 3 % y falsos negativos en un 2 %.

Todo procedimiento que obstaculice el vaciamiento de los conductos biliares lleva habitualmente a su dilatación gradual y esto es fácilmente averiguable por la ecografía. Cuando los cálculos tienen un tamaño mayor de 1 cm, la sombra acústica debe estar siempre presente, y si el tamaño es menor de 5 mm, habrá que utilizar transductores de alta frecuencia para poder visualizar su sombra.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión y como resumen en este capítulo y sobre todo en el apartado de resultados, hemos hablado y mostrado claramente las técnicas que realizamos los técnicos en imagen para el diagnóstico y estudio de la vesícula y los conductos biliares, cada una de estas técnicas tal como hemos visto en el anterior apartado tienen unas indicaciones, una técnica habitual del procedimiento, indicaciones, contraindicaciones de cada una de ellas y la forma de preparación del paciente en cada una de ellas. Hemos dado a conocer un poco este tipo de técnicas, donde nosotros como Técnicos en imagen para el diagnóstico tenemos un papel muy importante.

6 Bibliografía

1. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113835931400375X>.
2. <https://www.saludemia.com/-/prueba-colecistografia-oral>.
3. <http://www.funsepa.net/medlineplus/spanish/ency/article/003821.htm>.
4. <https://es.slideshare.net/carlosvlad/vesicula-biliar-radioanatomia-radiodiagnostico>.
5. <https://es.slideshare.net/natachasb/estudio-radiolgico-de-la-vescula-biliar>.
6. <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-hep%C3%A1ticos-y-biliares/pruebas-para-trastornos-hep%C3%A1ticos-y-biliares/pruebas-de-diagn%C3%B3stico-por-la-imagen-para-el-h%C3%ADgado-y-la-ves%C3%ADcula-biliar>

Capítulo 369

EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y LA REALIZACIÓN DE BIOPSIA DE HÍGADO A TRAVÉS DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

MARÍA LUZ SENDARRUBIAS MUÑOZ

ROCIO GARCIA HEREDIA

KAREN MILENA MOLINA DAGUER

LAURA BARRIGA CALLE

1 Introducción

En muchos casos, al técnico de imagen para el diagnóstico se le requiere realizar una biopsia de hígado a los pacientes. En esta prueba, se extraen muestras de tejido del hígado del paciente y se examinan en el laboratorio en busca de signos de daño o enfermedad.

Una biopsia del hígado puede determinar si hay células cancerosas u otras células con anomalías en este órgano, y también puede determinar el estado de salud del mismo.

En la mayoría de los casos las biopsias se realizan en el departamento de Radiología porque requieren de imágenes de referencia guiadas en directo por algún

tipo de sistema de diagnóstico por imagen. Hay varias técnicas que se pueden seguir para hacer la biopsia, siendo en todas ellas muy importante la guía por imágenes para asegurarse de recoger la muestra de la zona del hígado requerida. La recomendación principal de los organismos pertinentes es utilizar al menos una guía por imagen de ultrasonidos (ecografía), que al no ser una radiación ionizante se puede utilizar sin estar expuesto el paciente a ninguna fuente de radiación. También existe la opción de realizar la biopsia hepática guiada por resonancia magnética, aunque se da en casos muy concretos y es menos común.

Los métodos más comunes para guiar la biopsia son la ecografía y el escáner por tomografía computarizada (TAC).

2 Objetivos

Reiterar la importancia y necesidad de guía por imagen diagnóstica, a través del técnico en imagen para el diagnóstico en la toma de muestras de tejido hepático por biopsia.

3 Metodología

La información de este texto está basada en la lectura comprensiva y búsqueda de información en los artículos y páginas médico-científicos citados en la bibliografía (Pubmed, Scielo, Medline), también contrastados con profesionales sanitarios (médicos y radiólogos) que realizan biopsias y avalan la información expuesta.

4 Resultados

La segunda es la biopsia de hígado por laparoscopia. En este caso se realiza con anestesia general, y se introduce un tubo. Las biopsias de hígado pueden ser de tres tipos:

Biopsia de hígado percutánea a ciegas, con y sin guía por imagen (esta última desaconsejada) y es el método más común. Se realiza siempre con anestésico local, e introduce una pequeña aguja en la zona abdominal hepática para tomar la muestra. Con una cámara a través de un corte o incisión, y en todo momento hay imágenes de vídeo en directo de la cámara donde se puede ver la zona más

idónea para la toma de muestras. Este método es más aparatoso por la necesidad de anestesia general y más caro por los recursos y aparatos necesarios para realizarlo.

La tercera sería la biopsia transyugular, es la menos común de todas y suele realizarse en pacientes con problemas de coagulación. En la zona de la incisión, que es en el cuello a través de la vena yugular, se administra anestesia local. Por la yugular baja un tubo hasta el hígado, y durante todo el proceso se utilizan rayos X (fluoroscopia) para guiar el tubo hasta el hígado. En determinados momentos también se administra contraste para visualizar la vascularización de la zona y confirmar la posición anatómica. A través del tubo se introduce una aguja que recoge la muestra de tejido del hígado para su posterior análisis.

En estas tres técnicas de biopsia, es esencial confirmar la posición anatómica del instrumental que va a tomar la muestra para que la eficacia del análisis sea máxima, siendo de vital importancia tomar muestras de zonas afectadas por algún tipo de masa, tumor o zona sospechosa.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión y como resumen en este capítulo y sobre todo en el apartado de resultados, hemos visto que en las diferentes técnicas de biopsia hepática es fundamental por el técnico en imagen para el diagnóstico el conocimiento al detalle de las áreas anatómicas del hígado de las que se toma la muestra, por lo que es esencial guiar la exploración con algún tipo de imagen diagnóstica. La más eficiente de ellas respecto a costes y facilidad de realización para el paciente es la ecografía, ya que se puede usar anestesia local y no necesita utilizar radiaciones ionizantes. Si la zona anatómica que se quiere analizar es compleja, se usa guía por imagen en escáner de tomografía computarizada para asegurarse de la máxima precisión de la biopsia. La resonancia magnética es también una opción, pero menos común y solo indicada en algunos casos muy concretos.

6 Bibliografía

- 1.<https://fg.bmj.com/content/11/1/40?gclid=Cj0KCQiAqOucBhDrARIsAPCQL1bKlN0nSzgATOWwCB>
2. Medical liver biopsy: background, indications, procedure and histopathology <http://orcid.org/0000-0003-4836-8130>Alexander

Boyd^{1,2,3}, Owen Cain⁴, Abhishek Chauhan^{1,2,3}, Gwilym James Webb^{2,5}
3.<https://radiopaedia.org/articles/liver-biopsy-percutaneous>

Capítulo 370

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN PRUEBA DE ORTOPANTOMOGRFÍA

MARÍA LUZ SENDARRUBIAS MUÑOZ

ROCIO GARCIA HEREDIA

KAREN MILENA MOLINA DAGUER

LAURA BARRIGA CALLE

1 Introducción

La ortopantomografía es una técnica radiológica que permite visualizar de manera panorámica todas las estructuras de la boca, tales como dientes, mandíbula y maxilares, siendo un método muy útil en el área dentomaxilomandibular. Esta técnica permite visualizar estructuras anatómicas complejas en dos dimensiones, ofreciendo valiosa información sobre los dientes y su soporte (hueso). Esta técnica sencilla, que se realiza en cinco minutos, permite determinar el número, posición y crecimiento de los dientes, incluso de aquellos que aún no han salido. La ortopantomografía permite descartar patologías o detectar incidencias que pudieran ser estudiadas más en profundidad con otro tipo de pruebas. Esta técnica sirve de screening de posibles problemas en los dientes, hueso y en la articulación mandibular. El Técnico Superior en Imágenes para el Diagnóstico debe tener los conocimientos necesarios para realizar una ortopantomografía de forma

correcta, sabiendo en todo momento cuáles son las funciones que tiene que realizar, así como la colocación exacta en la que tiene que posicionar al paciente para que la imagen que se obtenga tras ejecutar la técnica sea la adecuada, contribuyendo de esta manera a que los resultados obtenidos tras el procedimiento sean correctos y fiables para establecer un diagnóstico y su posible tratamiento.

2 Objetivos

Analizar la función del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico en la realización de una Ortopantomografía, así como la posición en la que debe colocar al paciente para realizar la técnica.

3 Resultados

La ortopantomografía es una técnica radiológica que permite visualizar mediante imágenes las diferentes estructuras de la boca para determinar o descartar posibles patologías en ella.

El Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico, como pieza fundamental del equipo multidisciplinar que conforma el servicio de radiología, debe saber la manera correcta en la que se lleva a cabo esta técnica, así como la posición exacta y adecuada que debe tener el paciente en el momento de tomar las imágenes para que estas muestren correctamente las estructuras de la boca que se desean evidenciar.

Con respecto a la posición del paciente, el Técnico Superior en Imágenes para el Diagnóstico debe saber que:

- El paciente para realizarse esta técnica no debe tener ningún tipo de objeto metálico de cuello para arriba, así como gafas en caso de utilizarlas.
- Esta técnica se realiza con el paciente en posición de pie.
- Colocar ropa de protección como delantal plomado y protección del cuello.
- Ajustar la altura de la montonera a la altura del paciente.
- Pedir al paciente que coja con sus manos el mango y que avance sus pies para colocarlos de tal manera que note que cae ligeramente hacia atrás.

- Cubrir el mordedor con una funda desechable y pedir al paciente que muerda la muesca.
- Una vez que el paciente está en la posición correcta, comprobar que el plano de Frankfurt coincide con el infraorbitario. En caso de no coincidir, subir o bajar la máquina ajustándola y corrigiendo la inclinación de la cabeza.
- Verificar que el plano sagital está en la parte central del paciente.
- Ajustar el láser canino sobre el canino del paciente.
- Pedir al paciente que cierre los ojos para evitar que se mueva por deslumbramientos o actos reflejos.
- Pedir la paciente que coloque su lengua pegada al paladar e indicarle que no se mueva.
- Proceder a realizar la ortopantomografía. Una vez comprobada que la imagen es la correcta, pedir al paciente que deje de morder el dispositivo y retirar la protección radiológica. En caso de que la imagen obtenida no sea la adecuada, repetir la técnica.

4 Discusión-Conclusión

En conclusión y como resumen en este capítulo y sobre todo en el apartado de resultados, hemos visto que la ortopantomografía es una técnica radiológica sencilla e indolora que no lleva más de cinco minutos en realizarla. Con ella se obtiene una imagen panorámica de las distintas estructuras que componen la cavidad oral, sirviendo de screening de posibles patologías y poniendo de manifiesto la necesidad de realizar otras técnicas más determinantes. El Técnico Superior en Imágenes para el Diagnóstico debe poseer los conocimientos necesarios y adecuados sobre el manejo de la máquina y sobre la posición adecuada que debe tener el paciente para realizársela, colocándolo de forma correcta y protegiéndolo en todo momento.

5 Bibliografía

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

Capítulo 371

INFECCIÓN FÚNGICA SISTÉMICA O PROFUNDA

MARTA CRUZ QUESADA

INÉS SANCHEZ DE ROJAS DE PEDRO

VANESSA SERRANO LOMA

CRISTINA ARÉVALO MAÑAS

ÁNGELA ESCRIBANO CUARTEROS

1 Introducción

Hablamos de una infección fúngica profunda o sistémica, también denominada micosis, cuando hay una fungemia (presencia de hongos en la sangre) en un órgano profundo.

Esta invasión puede ser monovisceral (cuando hay un órgano afectado) o diseminada (cuando hay invasión de dos o más órganos), dependiendo de la afectación el facultativo prescribirá un tratamiento u otro.

Las micosis se dividen en dos tipos: primarias y oportunistas. Además, se dividen en dos tipos: primarias, que están causadas por hongos termodimórficos, es decir, que presentan dos fases (fase miceliar y fase levadura), se adquieren por vía inhalatoria y no produce sintomatología específica.

Por otro lado, las micosis oportunistas, están causadas por hongos que están presentes de manera más frecuente a nuestro alrededor, como es el caso de la *Cándida* o el *Cryptococcus*, entre otros. Este tipo de infecciones presenta también sintomatología variable que depende del órgano afectado y el tipo de paciente.

Como hemos nombrado anteriormente, hay dos fases en los hongos dimórficos que consisten en:

- Fase miceliar en la que el hongo tiene numerosos filamentos con varios tipos de esporas que dependerán de las condiciones ambientales.
- Fase levadura en la que aparecen células individuales que se reproducen por gemación.

Descrita anteriormente la micosis sistémica, en este capítulo nos vamos a centrar en las muestras que necesitamos para dar un diagnóstico en claro ante este tipo de infecciones fúngicas y las recomendaciones para evitarlas.

2 Objetivos

- Explicar cómo recoger y transportar muestras.
- Exponer cómo tratar una enfermedad fúngica sistémica.

3 Metodología

Para desarrollar este capítulo se ha recopilado información en libros especializados en la temática elegida, publicados con ISBN, se han consultado artículos y revisiones metodológicas en bases de datos online tales como Elsevier y Scielo, seleccionando artículos relacionados con la temática expuesta.

4 Resultados

Este tipo de infección sistémica (micosis) puede diagnosticarse en varias regiones anatómicas y para ello podemos recoger muestras en hemocultivos, lavado broncoalveolar, LCR o, en algunos casos, biopsias. Estas nos facilitarán un tratamiento posterior, dependiendo de la zona afectada.

Para un correcto diagnóstico microbiológico, se debe obtener la muestra en las máximas condiciones asépticas, teniendo una correcta manipulación, conservación y transporte, para así evitar posibles contaminaciones.

Cuando la muestra ha de ser transportada, debe estar en un contenedor estéril a prueba de vertidos y debe recibirse en el laboratorio en menos de 2 h, puesto que hay especies micóticas que tienen especial sensibilidad ambiental y pueden verse afectadas en el transporte. En algunos sitios, según el protocolo de cada distrito sanitario, puede añadirse una pequeña cantidad de suero fisiológico para evitar que se desequie la muestra.

En las muestras fúngicas, nuestro objetivo principal es aislar e identificar un posible hongo. Por ello, hay que tener en cuenta especialmente el volumen de muestra, como bien se ha mencionado anteriormente, ya que nos facilitaría el examen microscópico, efectivo si tenemos la cantidad de muestra suficiente, para así poder aumentar su sensibilidad diagnóstica.

- Hemocultivos: 10 mL mínimo sin superar los 30 mL de sangre.
- Lavado broncoalveolar: bolos de suero salino de 20-50 ml.
- LCR: entre 3-5 mL

El volumen concretamente es lo que nos diferencia del resto de muestras biológicas, en caso de no haber suficiente muestra, no se podría realizar dicho análisis.

- Un hemocultivo, es la mejor técnica de diagnóstico. Se recomienda realizar dos o tres extracciones independientes. Debe realizarse la extracción con las máximas condiciones de asepsia por venopunción.
- Un lavado broncoalveolar, es la técnica de elección para las micosis oportunistas que afectan al tracto respiratorio de pacientes inmunodeprimidos. Puesto que es complicado diferenciar entre infección fúngica, colonización o contaminación, se recomienda una muestra biopsia de parénquima pulmonar para demostrar, mediante histopatología, la invasión de hongos.
- Un LCR, es una muestra específica para la detección de la meningitis fúngica. La extracción se debe realizar en las máximas condiciones de asepsia y enviarse de inmediato al laboratorio.
- En el caso de las biopsias, se obtiene cuando sea posible y prescrito por el facultativo, para poder verificar una afectación del tejido para su posterior análisis microbiológico.

Una vez que se ha detectado el agente causante de la invasión, se realiza un estudio de sensibilidad in vitro con la intención de obtener información y poder dar una alternativa terapéutica.

Hay alternativas como el ATN Fungus de biomérioux SA en el cual se determina la sensibilidad de las levaduras a los antifúngicos en la que se incluyen 16 pares de cúpulas, 4 pares de cúpulas sirven como testigo y el resto tienen dos concentraciones diferentes para clasificar las cepas. Al pasar 24-48 h incubándose, la lectura del ATB se hace visible dándonos como resultado el tipo de cepa y su sensibilidad o resistencia.

A continuación, se detalla un resumen general de la resistencia en la familia fúngica más frecuentes, *Cándida* sp.

- Fluconazol: S, SDD/R (*C. glabrata*).

- Itraconazol: S, SDD/R (*C. glabrata* y *C. krusei*).

- Voriconazol: S.

- Posaconazol: S.

- Anfotericina: S, I (*C. glabrata* y *C. krusei*) o R (*C. lusitaniae*).

(*S: sensible; SDD: sensibilidad dosis dependiente; R: resistente; I: sensibilidad intermedia.).

5 Discusión-Conclusión

Las infecciones fúngicas sistémicas o micosis presentan una alta tasa de mortalidad, ya que su principal objetivo es invadir órganos profundos que tienen gran probabilidad de diseminación y, normalmente, afecta a órganos clave.

El volumen de las muestras tiene especial importancia para el procesamiento de estos agentes, puesto que se necesita gran cantidad de muestra para poder visibilizarlo en el microscopio y dar un diagnóstico concreto.

Estas invasiones tienen un diagnóstico difícil que requiere seguridad para verificar el padecimiento de la infección, el género más frecuente que causa este tipo de infecciones procede de la familia *Candida* spp.

Así pues, cuando hay un diagnóstico claro conforme las pruebas remitidas al laboratorio por los diferentes medios de cultivo expuestos en apartados anteriores, una vez detectado el hongo causante, se le realiza una prueba de sensibilidad o antibiograma, para poder prescribir una solución terapéutica.

6 Bibliografía

1. Bofarull, R. M., & Gil, J. S. (2003). Infecciones fúngicas graves en hematología y oncología. *Ars Medica*.

2. Cuenca-Estrella, M. (2012). Diagnóstico del laboratorio de la enfermedad fúngica invasora. *Enfermedades Infecciosas Y Microbiología Clínica*, 30 (5), 257-264. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2012.01.2019>
3. Méndez, J. (s.f.). Métodos de susceptibilidad antifúngica: revisión metodológica. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1017-85462001000100005
4. Análisis de líquido cefalorraquídeo. (s.f.). <https://labtestonline.es/tests/analisis-del-liquido-cefalorraquideo>
5. CAROLINA DUARTE (2021). Toma, conservación y transporte de muestras de LCR y la meningitis bacteriana. INS.
6. Hongo dimórfico. Diccionario médico. Clínica Universidad de Navarra. (s. f.). <https://www.cun.es>.
<https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/hongo-dimorfico>

Capítulo 372

DETECCIÓN DEL ANTÍGENO DE HELICOBACTER PYLORI EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA

MANUEL MUÑOZ REDONDO

SELENE HERVÁS CODES

ALBA HERNÁNDEZ PEREA

ISABEL FERNÁNDEZ PECES

NOELIA CARRERO DEL FRESNO

1 Introducción

Helicobacter pylori es una bacteria que coloniza el estómago de aproximadamente el 50% de la población mundial. Algunas personas no presentan síntomas de la infección de dicha bacteria, pero otras pueden tener una variedad de patologías del aparato digestivo, como la producción de gastritis, úlcera péptica y algunos tipos de cáncer gástrico.

Hay diferentes tipos de pruebas para detectar la infección por *Helicobacter pylori*, mediante métodos invasivos y no invasivos, como pueden ser exámenes de sangre, cultivo de heces, detección del antígeno, biopsia gástrica o una prueba de aliento. En este caso nos centraremos en una buena alternativa no invasiva, como es la detección del antígeno de la bacteria en una muestra de heces.

La detección del antígeno de *Helicobacter pylori* en heces es especialmente útil para el diagnóstico de la infección en niños o pacientes en los que no es posible la realización del test del aliento y/o la gastroscopia y también para el seguimiento de la respuesta al tratamiento con antibiótico, para confirmar que la infección de la bacteria ha desaparecido.

El test de detección de *Helicobacter pylori* consiste en una prueba cualitativa inmunocromatográfica para la detección del antígeno de dicha bacteria. La detección del antígeno de *Helicobacter pylori* es una buena opción diagnóstica tanto para el diagnóstico inicial de la infección como para la confirmación de su erradicación tras el tratamiento.

2 Objetivos

- Explicar qué es la bacteria *Helicobacter pylori* y en que consiste la prueba de detección del antígeno en heces.
- Describir el procedimiento para la realización de dicha prueba y explicar cómo interpretar los posibles resultados.

3 Metodología

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

4 Resultados

La muestra debe llegar al laboratorio correctamente identificada, incluyendo en los datos el servicio en el que se solicita la prueba, el tipo de muestra, el tratamiento previo y el diagnóstico del paciente.

La prueba debe realizarse lo antes posible tras la recogida de la muestra, pero, si no es posible, deberá conservarse refrigerada entre 2 y 4 °C, por un periodo máximo de 1 o 2 días. En caso de querer conservar la muestra durante más tiempo, se podría congelar a -20 °C durante un año como máximo, y en caso de necesidad de realizar la prueba, debe descongelarse totalmente, llegando a alcanzar la temperatura ambiente antes de realizarla.

Para la realización de la prueba se seguirán los siguientes pasos:

1. Coger un kit con los materiales necesarios.
2. Tomar una pequeña cantidad de la muestra de heces y depositar en el tubo que lleva el kit con medio para la dilución de la muestra.
3. Homogeneizar la muestra con la ayuda de un vórtex.
4. Colocar el dispositivo de reacción (test) del antígeno de *Helicobacter pylori* en una superficie plana.
5. Dispensar 3 gotas de la dilución de la muestra en el pocillo correspondiente del dispositivo de reacción que está debidamente señalizado. Evitar añadir partículas sólidas con el líquido.
6. Esperar 10 minutos y leer los resultados.

Interpretación de los resultados:

Negativo: en la parte de la tira marcada con una letra C, correspondiente al control, aparece una línea. En la parte marcada con la letra T, correspondiente a la línea de resultado, no aparece ninguna línea. Esto quiere decir que el resultado es fiable y es negativo.

Positivo: además de que en la parte marcada con la letra C aparece una línea, en la parte marcada con la letra T aparece otra, por lo que el resultado es fiable y positivo.

Inválido: en la parte marcada con la letra C no aparece ninguna línea, independientemente de que aparezca o no una línea en la parte del resultado (T), por lo que hay que repetir la prueba con otro dispositivo.

5 Discusión-Conclusión

El Técnico de laboratorio es el responsable de todo el procesado de la muestra desde que llega al laboratorio hasta que se informa de los resultados.

En primer lugar, será el encargado de la correcta recepción de la muestra, asegurándose de que está correctamente identificada con todos los datos necesarios, y en las condiciones y envase adecuado; de no ser así, deberá adoptar las medidas necesarias para intentar solucionar el problema.

Una vez recepcionada la muestra, el Técnico de laboratorio se encargará de realizar la prueba, de leer los resultados y de informarlos, por lo que es muy importante seguir los pasos descritos para la realización de la prueba, así como respetar los tiempos establecidos, etiquetar correctamente los test y las muestras, y conocer los posibles resultados para que no haya ningún error.

La detección del antígeno de *Helicobacter pylori* en heces es una prueba no invasiva, fácil y rápida, tanto para el diagnóstico como para la confirmación de su erradicación.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/pruebas-de-helicobacter-pylori-h-pylori/>
2. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-deteccion-del-antigeno-helicobacter-pylori-13028548>
3. <https://actagastro.org/utilidad-del-antigeno-de-helicobacter-pylori-en-heces-como-metodo-diagnostico-no-invasivo/>

Capítulo 373

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL ÁMBITO SANITARIO

TAMARA ESTUDILLOS IGLESIAS

1 Introducción

El Sistema General de Riesgos Laborales, está definido como el conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, destinados a prevenir, proteger y atender a los trabajadores de los efectos de las enfermedades y los accidentes que puedan ocurrirles con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrollan.

La Sanidad tiene una gran repercusión social, convirtiéndose en un sector cada día más complejo en el que se exigen resultados efectivos y duraderos. La seguridad del paciente siempre se ha antepuesto a la salud de los trabajadores, pero no por ello se deben dejar a un lado los riesgos asociados a estos, teniendo presentes las medidas de prevención para lograr mayor seguridad y protección tanto de los pacientes como de los profesionales.

Dentro de cada Servicio de Prevención existen dos áreas perfectamente integradas y coordinadas:

- El área sanitaria, formada por Unidades Básicas de Salud, está integrada por Médicos de Trabajo y Enfermeros de Empresa con funciones de vigilancia y control de la salud de los trabajadores.
- El área técnica está integrada por Técnicos de Prevención de nivel superior, intermedio y básico con funciones en las disciplinas de Seguridad en el trabajo, Higiene industrial y Ergonomía y Psicología aplicada.

Este equipo interdisciplinar tiene un objetivo común: garantizar la adecuada protección de la seguridad y salud de los trabajadores, asesorando y asistiendo para ello a las gerencias, dirección de los centros, a los trabajadores, a sus representantes y a los órganos de representación.

Cada Área de Salud cuenta con un Servicio de Prevención, que abarca en su actuación a todos los profesionales de Atención Especializada, Atención Primaria, Emergencias Sanitarias y Unidades Administrativas de la Gerencia Regional de Salud.

Todo trabajador tiene derecho a:

- Una protección eficaz en materia de seguridad y salud.
- Recibir información acerca de los riesgos existentes y medidas adoptadas.
- Ser consultados y participar en todas las cuestiones que afecten a la seguridad y salud.
- Recibir formación específica de su puesto de trabajo en materia de seguridad y salud.
- Ser sometidos a Vigilancia médica específica con la periodicidad que la normativa de aplicación especifique. Esta vigilancia será de carácter voluntario, salvo en los supuestos específicos que establezcan las normas.
- Que le sean facilitados los equipos de protección individual (EPI) adecuados a los riesgos que comporta su tarea.
- En caso de riesgo grave e inminente, con ocasión de su trabajo, informar de inmediato a su superior jerárquico directo y en su caso, interrumpir y abandonar el lugar de trabajo

2 Objetivos

- Recoger las medidas de prevención generales y específicas más relevantes del ámbito sanitario de manera orientativa para realizar el trabajo de una manera segura.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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

- Riesgos de accidente de trabajo y enfermedad profesional:
 - Riesgo de caída de objetos por desplome o manipulación: Se puede dar por sobrecarga, falta de anclaje, inestabilidad o mal estado de las estanterías. Puede darse también al transportar o manipular equipos de trabajo o monitores en situaciones de emergencia.
 - Riesgo de golpes y choques: Se pueden producir por una falta de visibilidad.
 - Riesgo de atrapamiento: Se puede producir entre los elementos fijos del entorno del trabajo.
 - Riesgos de corte o pinchazos por instrumental médico u objetos: Se puede generar en centros sanitarios u hospitales al manipular instrumental clínico, elementos cortantes o punzantes.
 - Riesgo de contacto eléctrico: Producido por contactos eléctricos indirectos con partes de los equipos puestos accidentalmente en tensión, como consecuencia de averías o fallos en el cuadro eléctrico.
 - Riesgo de incendio u explosión: Es importante que conozcas las medidas de emergencia para saber cómo actuar en caso de incendio, como la utilización de extintores y las medidas de evacuación. Ten especial cuidado con los elementos que puedan suponer un riesgo de explosión como botellas de oxígeno o uso de sustancias inflamables.
 - Manipulación de compuestos citostáticos: El uso de estos compuestos puede producirte tanto efectos cancerígenos o mutagénicos, como quemaduras, náuseas o vértigos.
 - Exposición a radiaciones: Debido al uso de productos con características radiactivas o equipos que emiten radiación, puedes sufrir lesiones oculares o quemaduras en la piel.
 - Riesgos ergonómicos: Los riesgos ergonómicos están asociados con las posturas y movimientos que se realizan.
 - Riesgo de agresión: Se puede desencadenar de pacientes o familiares, sobre todo en las áreas más problemáticas como pueden ser urgencias, psiquiatría, geriatría, en pacientes aislados, en las ambulancias, etc.
 - Riesgo de iluminación inadecuada y fatiga visual: Esto nos pasa sobre todo en clínicas en donde se trabaja en un campo especialmente iluminado o con pantallas. Puede producir deslumbramientos directos (por la iluminación general,

por el contraste de las pantallas de ordenador) o deslumbramientos indirectos (reflejos, etc.). Todo esto puede dar lugar a una fatiga visual.

5 Discusión-Conclusión

Medidas preventivas de accidente de trabajo y enfermedad profesional:

- Riesgo de caída de objetos por desplome o manipulación: No sobrecargar las estanterías, colocar el material más pesado en las baldas inferiores. No sobrecargar los carritos donde se transporta material para realizar curas, administración de medicamentos, comida para los pacientes.
- Riesgo de golpes y choques: Despejar de obstáculos las zonas de paso, cerrar los cajones o las puertas de los armarios. Respetar los sentidos de circulación de la zona de paso para incapacitados o para trasladar equipos.
- Riesgo de atrapamiento: Respetar los procedimientos de trabajo establecidos y las indicaciones del fabricante para el manejo de máquinas y equipos de trabajo. La limpieza, mantenimiento preventivo y reparación de estos equipos se deben realizar con las máquinas paradas.
- Riesgos de corte o pinchazos por instrumental médico u objetos: Mantener el instrumental clínico en perfecto estado de limpieza, esterilización y conservación siguiendo los protocolos que se hayan establecido. Está prohibido reencapsular, doblar o romper las agujas de las jeringuillas tras su uso. Se debe recoger el material desechable en bateas para su esterilización o en contenedores adecuados si no son reciclables.
- Riesgo eléctrico: Antes de utilizar cualquier aparato, equipo o instalación eléctrica, asegúrate de que esté en perfecto estado. Debemos actuar según los protocolos de actuación establecidos. En caso de fallos se debe desconectar la corriente eléctrica y avisar al personal de mantenimiento. Evitar tocar cualquier equipo con las manos húmedas.
- Riesgo de incendio u explosión: En caso de incendio nunca entrar en las instalaciones eléctricas. Los productos inflamables deben almacenarse en armarios específicos y en zonas señaladas. Los extintores deben tener su revisión correcta hecha.
- Manipulación de compuestos citostáticos: Hay que actuar según lo indicado en la etiqueta de los productos que se vayan a utilizar. La ficha de datos de seguridad debe decirnos el equipo de protección que debemos de usar. Debemos lavarnos las manos, antebrazos y cara antes de comer después de haber utilizado estos compuestos.
- Exposición a radiaciones: La mayor medida se basa en reducir al mínimo la dosis

que pueda recibir el personal expuesto. Se deben realizar mediciones ambientales y que cada trabajador expuesto tenga un dosímetro individual.

- Riesgos ergonómicos: Ten en cuenta cómo deben levantarse cargas pesadas y realizar el movimiento de pacientes, teniendo en cuenta ciertas medidas para reducir tensiones musculares. No realices movimientos bruscos y forzados del cuerpo y procura variar de tarea con frecuencia.
- Riesgo de agresión: Debemos mostrarnos asertivos, seguros y mostrar confianza en nosotros mismos. Si nos surge una situación conflictiva, debemos mantener la calma, hablar pausadamente, etc.
- Riesgo de iluminación inadecuada y fatiga visual: Los monitores y los focos de luz deben evitar un deslumbramiento directo. Sobre las pantallas de ordenador debemos hacer lo siguiente:
 - Colocarlos alejado de la ventana
 - La imagen debe ser estable
 - Evitar brillos en la pantalla

6 Bibliografía

<https://www.riojasalud.es/profesionales/rrhh/prevencion-de-riesgos-laborales>
<https://www.riojasalud.es/files/content/rrhh/prevencion-rrll/5--manual-de-prevencion.pdf>
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8431896>
<https://libros.usc.edu.co/index.php/usc/catalog/view/277/387/5910>

Capítulo 374

PAPEL DEL TÉCNICO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA Y LOS RIESGOS EN LA SALA DE AUTOPSIAS

MARI CRUZ INCERTIS MARTÍNEZ

JULIÁN DEL OLMO MORENO ARRONES

FÁTIMA UCENDO QUINTANAR

MARÍA MORENO PALOMINO

ROSA MARÍA CAMUÑAS IMEDIO

1 Introducción

Los riesgos laborales se pueden definir como los peligros que existen relacionados con una determinada profesión, poniendo en riesgo la salud física y/o psicológica del trabajador. Para evitarlos o minimizarlos, se elaboran unos planes de prevención de riesgos laborales. La prevención de riesgos laborales es un conjunto de medidas elaboradas por las empresas para detectar y evaluar los posibles riesgos y crear medidas para controlarlos y evitarlos o minimizarlos en la mayor medida posible.

Las medidas realizadas para la prevención de riesgos pueden ser de varios tipos como, por ejemplo, dar información a los trabajadores, concienciarlos de los posibles riesgos, suministrarles los Equipos de Protección Individual (EPI) necesarios,

mejorar las infraestructuras y los entornos de trabajo para minimizar los accidentes y para mejorar la ergonomía, etc.

Los principios básicos de la prevención de riesgos laborales son:

- Evitar los riesgos, mediante la implantación de las técnicas necesarias para ello.
- Evaluar los riesgos que no se puedan evitar, teniendo en cuenta la naturaleza de la actividad, las características de los puestos de trabajo y de los trabajadores que lo realicen.
- Combatir los riesgos en su origen.
- Adaptar el trabajo a la persona, y mejorar su ergonomía.
- Tener en cuenta la evolución de la técnica.
- Sustituir lo peligroso por lo que entrañe poco o ningún peligro.
- Planificar la prevención de riesgos.
- Adoptar medidas que antepongan la protección colectiva a la individual.
- Dar las debidas instrucciones a los trabajadores.

2 Objetivos

Explicar que son los riesgos laborales y los planes de prevención de riesgos.

Concienciar de los riesgos que existen en una sala de autopsias y las medidas que deben tener en cuenta los técnicos de anatomía patológica en dicha sala.

Minimizar dichos riesgos informando sobre las medidas de prevención.

3 Metodología

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

4 Resultados

Durante la realización de una autopsia, tanto los técnicos de anatomía patológica como los patólogos y/o forenses, están expuestos a una serie de riesgos laborales, como pueden ser los riesgos físicos, químicos, mecánicos, ergonómicos, por exposición a radiaciones (solo en determinados casos), eléctricos, biológicos y psicológicos. Aunque todos son muy importantes, el de mayor incidencia es el

riesgo biológico, ya que se pueden contraer diversas enfermedades si no se toman las medidas correctas, como puede ser el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), virus de la hepatitis, tuberculosis, enfermedades causadas por priones, etc. por ello, las salas deben estar debidamente habilitadas y el personal debe disponer de todo tipo de EPI necesarios.

Riesgos físicos:

Pueden producirse caídas por suelo mojado con fluidos, agua o líquidos, o porque haya un cable en el suelo de algún aparato eléctrico. El suelo debe tener una ligera pendiente para que los líquidos lleguen al desagüe y debe ser antideslizante, y los zapatos proporcionados al personal también.

Riesgos químicos:

El riesgo más común por agentes químicos es por el contacto con formaldehído. Se debe manipular en la campana, en recipientes herméticos y proporcionar al trabajador las mascarillas adecuadas.

Radiaciones ionizantes:

Se pueden utilizar en algunas alternativas a la autopsia convencional. También puede darse el caso, por ejemplo, de una persona que haya recibido tratamiento muy reciente de radioterapia. En cuyo caso solo se realizará la autopsia si es imprescindible y nunca debe participar en el estudio una trabajadora embarazada.

Riesgos eléctricos:

El mayor riesgo de este tipo es por el uso de sierras eléctricas, aunque también hay riesgos en la realización de autopsias a pacientes con desfibriladores automáticos implantables y marcapasos.

Riesgos ergonómicos:

En el proceso de la autopsia es necesario movilizar el cadáver y pueden producirse sobreesfuerzos, además, estar en la misma postura por largos periodos de tiempo puede conllevar daños y/o lesiones. La implantación de una mesa de autopsias regulable en la sala y de medios para movilizar al cadáver minimizaría dichos riesgos.

Riesgos biológicos:

Es el más importante, y se puede producir el contagio de varias enfermedades por contacto, salpicaduras, inoculación, inhalación, o por vectores. Por ello, la sala siempre debe contar con las condiciones óptimas y el personal llevar todos los equipos de protección individual necesarios.

Riesgos mecánicos:

En la sala se manipulan muchos tipos de materiales cortantes y punzantes con los que hay que tener mucho cuidado y desecharlos en los contenedores correspondientes.

Los equipos de protección individual que deben tener todos los trabajadores son:

- Guantes. La mayoría son de látex o nitrilo, y suelen utilizarse dobles. También hay un tipo de guantes fabricado en metal para evitar cortes.
- Ropa impermeable.
- Zapatos cerrados, antideslizantes e impermeables.
- Calzas.
- Mascarillas. El tipo de mascarilla dependerá del riesgo.
- Gorros.
- Batas.
- Gafas de protección.
- Protectores oculares y respiratorios, como máscaras y/o capuz.

5 Discusión-Conclusión

El riesgo laboral es la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo, como pueden ser las enfermedades, patologías o lesiones sufridas en la realización de una autopsia.

Un buen acondicionamiento de las salas, una buena formación de los trabajadores, una correcta y completa información, un buen plan de prevención de riesgos laborales, y el suministro de todos los equipos de protección necesarios, son las formas de garantizar la minimización de los riesgos en la sala de autopsias. Además, es importante destacar que hay ciertos tipos de autopsias que solo pueden realizarse en centros especiales por personal especializado, con unas instalaciones y equipos de protección específicos.

6 Bibliografía

<https://www.isotools.us/2015/09/10/riesgo-laboral-definicion-y-conceptos-basicos/>
<https://blogs.uoc.edu/economia-empresa/es/los-9-principios-de-accion-preventiva-en-la-prevencion-de-riesgos-laborales/>
https://administracion.gob.es/pag_Home/Tu-espacio-europeo/derechos-obligaciones/ciudadanos/trabajo-jubilacion/seguridad-salud/prevencion-

riesgos.html https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152022000100004

Capítulo 375

PAPEL DEL TÉCNICO EN ANATOMÍA PATOLÓGICA EN LA IMPORTANCIA DE LA DETECCIÓN DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

MARI CRUZ INCERTIS MARTÍNEZ

JULIÁN DEL OLMO MORENO ARRONES

MARÍA MORENO PALOMINO

FÁTIMA UCENDO QUINTANAR

ROSA MARÍA CAMUÑAS IMEDIO

1 Introducción

El Virus del Papiloma Humano (VPH) es la infección de transmisión sexual (ITS) más común; la mayoría de los hombres y las mujeres sexualmente activos lo contrae en algún momento de su vida. Por ello, todas las personas sexualmente activas pueden contraer el virus, aunque solo hayan tenido relaciones sexuales con una sola persona.

Una persona infectada puede contagiar a otra aunque no presente signos ni síntomas, ya que es posible que presente los síntomas años después de haberse contagiado, por lo que, según el caso, puede ser difícil saber cuándo ocurrió el contagio. Existen pruebas de detección del VPH que se pueden usar para detectar el

cáncer de cuello uterino. Estas pruebas se recomiendan solo para la detección en mujeres de 30 años o más.

El Virus del Papiloma Humano está compuesto por un grupo de más de 200 tipos de virus relacionados que se clasifican en dos grandes grupos: de bajo riesgo y de alto riesgo.

- Los VPH de bajo riesgo apenas causan enfermedades, aunque algunos tipos producen verrugas en el área de los genitales, el ano, la boca o la garganta.
- Los VPH de alto riesgo si causan varios tipos de cáncer. Existen aproximadamente 14 tipos: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 y 68.

Concretamente, el 16 y el 18, causan la mayoría de los tipos de cáncer relacionados con el VPH.

2 Objetivos

- Explicar que es el VPH y los tipos más importantes.
- Exponer los tipos de cáncer que existen a causa del contagio de VPH.
- Concienciar de los riesgos y precauciones.

3 Metodología

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

4 Resultados

Aunque la mayoría de las infecciones por el VPH no causan cáncer, debido a los tipos de bajo riesgo, cuando se contrae algún tipo de alto riesgo, el virus del papiloma humano es el causante de numerosos tipos de cáncer. Los tipos de cáncer son:

- Cáncer de cuello de útero: casi todos son causados por el VPH (el 89% aproximadamente), por ello, realizarse periódicamente una citología ginecológica puede prevenir la mayoría de los tipos de cáncer de cuello de útero, ya que se pueden encontrar y extirpar las células precancerosas antes de que se vuelvan cancerosas.

- Cáncer de vagina: la mayoría (el 75% aproximadamente) son causados por el VPH.
- Cáncer de vulva: el VPH es el causante de aproximadamente el 60% de los casos.
- Cáncer de orofaringe (base de la lengua y amígdalas): la mayoría de este tipo (70%) son a causa del VPH.
- Cáncer de ano: el VPH es la causa de más del 90 % de los casos.
- Cáncer de pene: más del 60% de los casos son a causa del VPH.

Las vacunas contra el VPH previenen infecciones y evitan casos de verrugas genitales y muchos tipos de cáncer relacionados con dicho virus. Se recomienda que se pongan las vacunas contra el VPH tanto las niñas como los niños de entre 9 y 12 años. Es muy importante que también se la pongan los niños porque también pueden desarrollar algunos tipos de cáncer, y porque ayuda a prevenir la propagación de los tipos del virus que puedan provocar cáncer. Aproximadamente 4 de cada 10 casos de cáncer causados por el VPH se dan en los hombres. Todas las personas, independientemente de la edad, pueden recibir la vacuna porque, aunque es probable que hayan estado en contacto con varios tipos de VPH, pueden prevenir el contagio de algún tipo al que no hayan estado expuestas.

La prueba del VPH se realiza para detectar VPH de alto riesgo en las mujeres a partir de los 30 años, ya que el cáncer de cuello de útero es poco común en mujeres menores de 30 años, por lo que, a no ser que en el laboratorio de anatomía patológica se estudie una prueba de Papanicolaou en la que se observen cambios celulares, no se suele realizar la prueba del VPH. A partir de los 30 años se suelen hacer las dos pruebas juntas, bien enviando al laboratorio suficiente muestra para ambas pruebas, o bien enviando la citología en base líquida, que nos permite realizar las pruebas complementarias necesarias para cada caso.

5 Discusión-Conclusión

El cáncer de cuello de útero es el segundo cáncer más frecuente en las mujeres a nivel mundial, y el cribado por citología ginecológica ha reducido hasta un 75% la incidencia de padecer este cáncer. Por ello, es tan importante realizar la citología ginecológica periódicamente a partir de los 30 años, ya que las células pueden estar sufriendo cambios y no presentar síntomas, y es importante poner tratamiento cuanto antes, porque si se detecta a tiempo, se puede curar.

Una forma de disminuir la probabilidad de contraer el VPH es con el uso de preservativos y barreras bucales, no obstante, varios estudios han demostrado que solo se disminuye la probabilidad de transmisión del VPH, pero no se impide

por completo.

Por todo ello, es muy importante que se vacune a los niños y niñas a una edad temprana, ya que la seguridad y eficacia de la vacuna contra el VHP está más que probada por numerosos estudios, y que se realicen las pruebas rutinarias en el laboratorio de Anatomía Patológica.

6 Bibliografía

<https://www.cdc.gov/std/spanish/vph/stdfact-hpv-s.htm>

<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/germenes-infecciosos/vph-y-cancer>

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000300009

Capítulo 376

PAPEL DEL TÉCNICO EN ANATOMÍA PATOLÓGICA EN LA CITOLOGÍA GINECOLÓGICA

MARI CRUZ INCERTIS MARTÍNEZ

JULIÁN DEL OLMO MORENO ARRONES

MARÍA MORENO PALOMINO

FÁTIMA UCENDO QUINTANAR

ROSA MARÍA CAMUÑAS IMEDIO

1 Introducción

La citología es un estudio de células individuales, cuyo propósito es identificar anomalías morfológicas de las células analizadas, resultantes de la exfoliación de la superficie epitelial, fluidos corporales u obtenidas por aspiración con aguja. La citología ginecológica examina las células cervicales exfoliadas y ha sido durante muchos años el principal método de detección del cáncer de cuello uterino, ampliamente reconocido en los programas de control y prevención del cáncer como una prueba para reducir la incidencia y la mortalidad del cáncer de cuello uterino. Una prueba de Papanicolaou, también conocida como prueba de Papanicolaou, es una prueba que se realiza durante un examen ginecológico anual. Esta es una prueba que todas las mujeres deben pasar para detectar y prevenir enfermedades.

La citología es una prueba que se utiliza para diagnosticar lesiones precancerosas o cancerosas del cuello uterino e identificar infecciones que pueden ser causadas por bacterias, hongos o virus como el virus del papiloma humano (VPH), una de las enfermedades de transmisión sexual más comunes. La citología es una prueba indolora y muy sencilla que dura 5 minutos y suele formar parte de un examen ginecológico. La citología ginecológica es una de las principales pruebas en la prevención del cáncer de cuello uterino porque permite detectar oportunamente anomalías del cuello uterino, diagnosticando así este tipo de cáncer en estadios tempranos.

2 Objetivos

- Exponer la importancia que tiene hoy en día, realizarse revisiones ginecológicas cada cierto tiempo.
- Explicar en que consiste el procedimiento que se lleva a cabo en el laboratorio de Anatomía Patológica, para llegar a tener el resultado de la citología ginecológica.

3 Metodología

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

4 Resultados

Después de que se realiza la prueba de frotis cervical durante la consulta con el ginecólogo, se aplicará un fijador llamado Citospray en el portaobjetos de muestra. Esto es para mantener los detalles morfológicos de las células lo más cerca posible de las células del tejido vivo. Esta muestra debe estar correctamente identificada con los datos del paciente (nombre, número de historial...) y acompañada del formulario o petición para ser enviada al laboratorio de anatomía. El laboratorio prepara la muestra y realiza la tinción citológica.

El primer paso es comprobar que muestra y petición vengan correctamente identificadas y de ser así, se da paso al registro de la muestra, en el cuál se le asigna

un número con el cuál marcaremos a la muestra y se dará paso al comienzo de la tinción que incluye los siguientes pasos:

- Sumergir la muestra varias veces en alcohol al 96%
- Sumergir en alcohol 80%, alcohol 70%, alcohol 50% y agua por turnos durante 1 minuto por cada líquido. - Solución de hematoxilina de Harris durante unos 5 minutos.
- Sumergir en agua 6 veces en 1 segundo.
- Sumergir en solución de ácido clorhídrico al 0,5% 8 veces durante 1 segundo.
- Enjuagar con agua corriente durante 5 minutos y someter la muestra a alcohol de los siguientes grados: 50%, 70%, 80% y 96% durante 30 segundos cada uno.
- Aplicar la solución de Papanicolaou OG 6 durante 1-1,5 minutos.
- Lavar el exceso de tinte en dos baños con etanol al 96%, remojar la composición dos veces, durante 3-4 segundos.
- EA 50 durante 1,5-2 minutos.
- Enjuagar en 3 recipientes diferentes con etanol al 96% y remojar la preparación 2 veces en cada tanque durante unos 3-4 segundos.
- Enjuague en etanol absoluto durante 30 segundos.
- Sumergir la preparación durante 4 minutos en un baño con xileno, una mezcla de isómeros y etanol absoluto (1:1).
- Lavar con xileno, mezcla de isómeros, sumergir la preparación en el baño durante 3 minutos.
- Montaje con medio de montaje.
- Observación al microscopio

El resultado de la prueba de Papanicolaou mostrará uno de los siguientes resultados:

- Citología normal: las células analizadas son normales. No había signos de células atípicas.
- ASCUS: existen células atípicas, pero no se ha determinado su significado. Te recomendamos completar la investigación y, si es necesario, aplicar el tratamiento, ya que estas células pueden ser secundarias a diferentes procesos.

Esto sucede con afecciones infecciosas e inflamatorias del cuello uterino, virus del papiloma humano (VPH), lesiones precancerosas y más. Incluso si se resuelve solo o durante el tratamiento, se debe continuar con el control citológico.

- CIN o displasia cervical: las células atípicas con lesiones precancerosas pueden ser de dos tipos:

1. Displasia CIN o LSIL de bajo grado: con menor riesgo de desarrollar cáncer de cérvix.

2. Displasia CIN o HSIL de alto grado: existe un mayor riesgo de cáncer de cuello uterino.

5 Discusión-Conclusión

El cáncer de cuello uterino sigue siendo uno de los cánceres más comunes en las mujeres. Este estudio proporciona información importante para la toma de decisiones y la implementación de nuevas medidas o estrategias que se están desarrollando para reducir la mortalidad por este tipo de cáncer. Actualmente, la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino ha disminuido significativamente con el uso creciente de pruebas de citología cervical. Esta prueba puede detectar cambios en el cuello uterino antes de que se desarrolle el cáncer. También puede detectar el cáncer de cuello uterino en forma temprana cuando es pequeño y más fácil de tratar. En los últimos años, la prueba del VPH ha sido aprobada como otra prueba de detección del cáncer de cuello uterino, ya que casi todos los casos son causados por el VPH (virus del papiloma humano). La prueba de VPH está diseñada para detectar infecciones con tipos de VPH de alto riesgo que tienen más probabilidades de convertirse en cáncer y afecciones precancerosas de cuello uterino. La prueba de VPH se puede usar sola (prueba primaria de VPH) o junto con la prueba de Papanicolaou (prueba general).

6 Bibliografía

Schulte, E. K. W. (1 de febrero de 1991). «Standardization of biological dyes and stains: pitfalls and possibilities». *Histochemistry* (en inglés) 95 (4): 319-328. ISSN 1432-119X.doi:10.1007/BF00266958.

Capítulo 377

EL TÉCNICO SUPERIOR DE LABORATORIO EN LA CORRECTA LA RECOGIDA DE MUESTRAS

ELENA SAAVEDRA GALLEGO

MARÍA DE LOS ÁNGELES RUIZ DE TORO

ANGELA LEÓN DÍAZ

FRANCISCA CÁCERES MARTÍNEZ

MARÍA DE LOS ÁNGELES CARMONA HERNÁNDEZ

1 Introducción

Hoy en día, la automatización de los laboratorios y el uso de la gran variedad de tecnologías rápidas que existen permiten realizar diagnósticos microbiológicos con la velocidad y precisión necesarias para realizar diagnósticos relevantes y de alta calidad. No se puede olvidar que en todos los casos es necesaria la información clínica y su diagnóstico es crucial para el tratamiento precoz de ese paciente y conseguir frenar la enfermedad.

La interpretación y el rigor de los resultados de microbiología depende de la calidad de la muestra y de su manipulación en el servicio de microbiología.

En el laboratorio de un hospital puede haber un profesional sanitario que está destinado a la recogida de muestras. Este debe estar familiarizado con el trabajo,

ya que debido a una mala manipulación o no correcta recogida y cuidado puede alterar la muestra y tener que ser desechada.

Conocer el tipo de muestra, el momento correcto, su conservación y transporte determinará su rentabilidad durante la infección. En este sentido, la disponibilidad de las nuevas tecnologías dentro del laboratorio y el manejo de muestras sospechosas de estar infectadas con patógenos anómalos, ha obligado a revisar y actualizar todos los pasos involucrados en el manejo de muestras.

2 Objetivos

Describir e indicar que actuación debe realizar el técnico especialista en laboratorio para la correcta conservación y manipulación de la muestra.

3 Metodología

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

4 Resultados

En el primer paso que debe de realizar el técnico de laboratorio cuando recoge la muestra es que venga correctamente etiquetada, con su nombre y apellidos, número de historias, que medico es el que realiza la petición y en caso de que el paciente este ingresado, deberá incluir número de habitación y cama.

Por ello, el técnico de laboratorio recogerá la muestra y comenzará con el tratamiento de esta con:

La centrifugación: Esta técnica consiste en centrifugar todos los líquidos mayores de 1ml a 2.500 revoluciones por minuto durante 15 minutos para la sangre, son 3.500 revoluciones por minuto durante 3 -5 minutos para detectar antígeno y/o anticuerpo. Algunos líquidos, como es el líquido cefalorraquídeo, se someten a un recuento de células antes de la centrifugación.

Otras técnicas de concentración específicas pueden ser: precipitación con etanol, ultracentrifugación selectiva, etc.

-Homogeneizar: se utiliza una hoja de bisturí, mortero, todo lo que el técnico considere necesario para desempeñar correctamente la función de su trabajo y de esta forma también estará cumpliendo la normativa de su trabajo.

-Incubación, el técnico podrá valorar y tratar la Temperatura de la muestra: la mayoría de los cultivos bacterianos necesitan una temperatura de incubación de 42 °C y para las heces a 35-37 °C, mientras que la mayoría de los cultivos fúngicos se incuban a 30 °C.

El ambiente de incubación puede ser:

- Aeróbico: la atmósfera es un 5-7 % más rica en el dióxido de carbono.

- Atmósfera microaerófila para aislamiento de *Campylobacter*: es 5 % O₂, 10 % CO₂ y 85 % N₂.

- Atmósfera anaeróbica.

Todo esto es algo que debe conocer y el técnico de laboratorio debe estar correctamente familiarizado con ello, así como realizar cursos de formación.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha podido comprobar, el técnico de laboratorio debe conocer todo el tipo de actividad, actuación y por supuesto las técnicas que se puedan emplear en el laboratorio, de esta forma debe conocer todas las técnicas posibles para poder desempeñar correctamente su trabajo y evitar tener que desechar las muestras por mala utilización.

Estos procedimientos los necesita conocer todo el personal sanitario que vaya a desempeñar sus funciones laborales en el laboratorio.

Como se ha podido observar, es muy importante e imprescindible la correcta recogida de muestras, manipulación y por supuesto la conservación de las muestras que se reciben y se reciben en el laboratorio por el técnico especialista en laboratorio.

6 Bibliografía

1. Sánchez-Carrillo C, Guerrero-Gómez C. Recogida, transporte y procesamiento general de las muestras en el laboratorio de Microbiología. 2003. www.scielo.org

Capítulo 378

EL TÉCNICO SUPERIOR DE LABORATORIO EN EL PROCESO DEL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DEL COLON

ELENA SAAVEDRA GALLEGO

MARÍA DE LOS ÁNGELES RUIZ DE TORO

ANGELA LEÓN DÍAZ

FRANCISCA CÁCERES MARTÍNEZ

MARÍA DE LOS ÁNGELES CARMONA HERNÁNDEZ

1 Introducción

El cáncer colorrectal es una de las patologías malignas más habituales en un hospital, de ahí la importancia de su detección precoz para conseguir un diagnóstico rápido y así aplicar un correcto tratamiento. La prueba de laboratorio para llevar a cabo este estudio en la detección de sangre oculta en heces. Habitualmente la presencia de sangre en las heces es tan pequeña que pasa desapercibida al ojo humano. Estas pequeñas cantidades de sangre presentes en las heces pueden ser un indicador de cáncer colorrectal o de otras patologías como pólipos, hemorroides, diverticulosis, úlceras y colitis.

Se realizan programas de cribado entre la población de riesgo que nos permiten una detección precoz y una disminución de la mortalidad. Se recomienda realizar

la prueba de manera periódica y habitualmente una vez al año dentro de los grupos de población de riesgo.

Esta prueba se usa también para comprobar, en caso de tener anemia, si existe un sangrado en el intestino que sea responsable de dicha patología, como es el caso de la úlcera péptica. El médico solicitar la prueba en el caso de que el paciente presente sintomatología como cansancio, valores hematológicos de hemoglobina y hematocrito bajos, así como heces oscuras. En estos casos se solicitará la prueba detección de sangre oculta en heces por el método del guayaco.

2 Objetivos

Plantear e indicar la importancia de la detección precoz de pequeños sangrados, como método preventivo de cáncer colorrectal por parte del técnico superior de laboratorio

3 Metodología

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

4 Resultados

Existen dos métodos para realizar la prueba, los dos tienen en común la detección de hemoglobina con dos componentes principales, el grupo hemo y la globina. Cada uno de los métodos detecta uno de estos dos componentes pertenecientes de la hemoglobina.

La prueba consiste en un kit que el personal sanitario facilitará al paciente, con instrucciones precisas de cómo recogerla de manera correcta la muestra para poder realizar la prueba.

-El método inmunoquímico: utiliza anticuerpos para encontrar sangre en las heces. Detecta hemoglobina humana, mediante reacción antígeno anticuerpo, con un alto grado de especificidad. Detección de concentraciones microscópicas de hemoglobina humana en muestras de heces, utilizando métodos automatizados para su lectura y evitando interpretaciones subjetivas de falsos negativos.

Esta prueba puede ser cualitativa o cuantitativa.

El método de guayacol: Se coloca una pequeña cantidad de heces en una tarjeta impregnada de una sustancia química de origen vegetal Guayacol que vira de color en presencia de sangre en las heces. Es un método cualitativo que detecta el grupo hemo de los hematíes. A diferencia del método inmunoquímico, el método de guayacol requiere una preparación del paciente, indicándole que evite ciertos alimentos como las carnes rojas, algunas frutas y algunas verduras, así como algunos medicamentos antiinflamatorios no esteroideos. Estas sustancias pueden dar falsos positivos, ya que el grupo hemo no es digerido en el estómago y como este es el mismo en hombres que animales, el consumo de carnes rojas puede dar los llamados falsos positivos, por eso se deben evitar unos días antes de realizar la prueba. Lo mismo ocurre con el consumo de ciertas frutas y verduras con alto contenido en vitamina C, esta interacciona con el guayacol impidiendo que se produzca el cambio de color al contacto con las heces, por lo tanto, podría dar falsos negativos.

5 Discusión-Conclusión

Se aconseja la realización de pruebas de seguimiento anuales o bianuales para un correcto seguimiento de los grupos de población de alto riesgo. Un resultado positivo en el método inmunoquímico indica un sangrado de colon.

Este tipo de cribados supone una herramienta importante en la detección temprana de cáncer colorrectal, cuando aún es posible aplicar un tratamiento efectivo para esta enfermedad.

Este sangrado puede ser causado por cáncer de colon, úlceras pépticas, pólipos o hemorroides.

En el caso del método guayacol, un resultado positivo indica un sangrado en algún lugar del aparato digestivo y las causas pueden ser cáncer de colon, úlceras, enfermedad inflamatoria intestinal, pólipos benignos, hemorroides o la ingestión de sangre procedente de las encías o la nariz.

6 Bibliografía

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

Capítulo 379

EL TÉCNICO SUPERIRO DE LABORATORIO EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA

MARÍA DE LOS ÁNGELES RUIZ DE TORO

ANGELA LEÓN DÍAZ

FRANCISCA CÁCERES MARTÍNEZ

MARÍA DE LOS ÁNGELES CARMONA HERNÁNDEZ

ELENA SAAVEDRA GALLEGO

1 Introducción

La RT-PCR (Reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa) es una variante de la PCR (Reacción en cadena de la polimerasa), una técnica de laboratorio ampliamente usada en biología molecular para generar una gran cantidad de copias de ADN mediante amplificación. En esta variación de la PCR, se retrotranscribe una hebra de ARN en ADN complementario mediante el uso de la enzima transcriptasa inversa y posteriormente este ADNc se amplifica mediante una PCR común. La amplificación mediante RT-PCR es una técnica altamente sensible, que puede detectar un número de copias de ARN muy bajo, lo que la hace ideal para detectar ARN viral en muestras biológicas, aunque estas últimas posean cantidades mínimas del virus.

El término RT-PCR no debe confundirse con PCR en tiempo real, ya que en ocasiones, por una mala traducción, se abrevia de la misma manera (RT-PCR). Si bien

RT-PCR y PCR en tiempo real o PCR cuantitativa son dos conceptos diferentes, es importante dejar claro que para el diagnóstico de la COVID-19, la prueba empleada es una RT-PCR en tiempo real, es decir, una retrotranscripción seguida de una PCR cuantitativa), por lo que se hace uso de ambas técnicas en conjunto.

La COVID-19 es una enfermedad infecciosa que afecta principalmente al aparato respiratorio y es causada por el virus SARS-CoV-2 (coronavirus de tipo 2 causante del síndrome respiratorio agudo severo). Este virus ha sido el causante de la última pandemia global a la que se ha enfrentado y aún se enfrenta la humanidad, por lo que desde el inicio de la misma, su detección se volvió de absoluta y principal importancia en todos los laboratorios de microbiología clínica de todos los hospitales del mundo. Este virus pertenece a la familia Coronaviridae, a la cual pertenecen otros virus causantes de enfermedades en humanos y otros mamíferos, por lo que en el laboratorio no solo es importante su detección, sino también su diferenciación de otros virus pertenecientes a su misma familia y de otros virus respiratorios causantes de síntomas parecidos, como los distintos tipos de influenzavirus, por ejemplo.

El genoma del virus está formado por una sola cadena de ARN, y se clasifica como un virus ARN monocatenario positivo. Son estas características de su genoma las que nos permiten su detección e identificación mediante RT-PCR. Los genes más usados son: El gen E (screening de primera línea), el gen RdRp (estudio de confirmación) y el gen N (estudio adicional de confirmación). En zonas de circulación viral comunitaria, se considera suficiente la positividad para un único gen discriminatorio del SARS-CoV-2 para confirmar el diagnóstico. Estos genes son exclusivos del SARS-CoV-2 y su amplificación no solo nos permite el diagnóstico microbiológico de la COVID-19, sino también proporcionar la certeza de que el paciente ha sido infectado por este virus en concreto y no por cualquier otra clase de virus respiratorio.

2 Objetivos

- Describir las funciones del técnico de laboratorio en la realización de una RT-PCR para el diagnóstico del SARS-CoV-2 en el laboratorio de microbiología.
- Detallar el procedimiento a seguir por el técnico de laboratorio para la obtención de resultados precisos y fiables para el diagnóstico de la COVID-19.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha llevado a cabo un trabajo de investigación mediante una revisión bibliográfica de la literatura y artículos científicos que abordan el tema de estudio. Se han consultado libros sobre la materia en cuestión y artículos seleccionados de reconocidas agencias y bases de datos, con el fin de contrastar y estructurar la creación este capítulo.

4 Resultados

Si bien se han obtenido resultados positivos de la RT-PCR en infectados, tanto en muestras respiratorias como no respiratorias, el tipo de muestra más habitual es el exudado nasofaríngeo. Estas muestras deben ser obtenidas de los pacientes con sumo cuidado, ya que se trata de material potencialmente infeccioso y que puede dar lugar a contaminación biológica. La extracción de las muestras no es una labor del técnico de laboratorio, sin embargo, una vez que las mismas llegan al laboratorio de microbiología, este igualmente deberá manipularlas con sumo cuidado y comprobar el estado de las mismas para comprobar que no haya tubos abiertos o que contengan sangre, ya que esta también interfiere con los resultados. Estas precauciones no solo son de importancia por el potencial riesgo de infección (Aunque la mayoría de tubos de transporte contienen un agente inactivado del virus), sino también por la posibilidad de contaminar las muestras pertenecientes a otros pacientes, generando así falsos positivos. La realización de esta técnica para el diagnóstico de un solo paciente resulta algo prácticamente anecdótico, debido a los elevados costes de tiempo y recursos necesarios para su realización, por lo que el técnico de laboratorio debe extremar las precauciones al manipular las muestras, tanto en la fase previa de extracción de ARN viral como en la realización de RT-PCR propiamente dicha. Por los motivos anteriormente citados, los tubos con la muestra (Exudado nasofaríngeo) y los tubos con los resultados de la extracción de ARN, siempre deberán abrirse y manipularse dentro de una cabina de flujo laminar de tipo II.

Como se ha dejado entrever en el párrafo anterior, antes de proceder a la realización de la RT-PCR habría que realizar un procedimiento previo de extracción y purificación del ARN viral mediante alguna de las diversas técnicas existentes para tal fin. Esta extracción es necesaria debido a que las muestras provienen directamente del paciente y contienen células, proteínas, ARN y ADN del propio paciente, además del ARN del virus (en el caso de que el paciente esté infectado), que será el molde para la amplificación mediante la RT-PCR. La técnica de ex-

tracción de ARN más usada en los laboratorios de microbiología clínica es la extracción de ARN mediante separación magnética. Si bien, conocer y realizar estas técnicas es competencia del técnico de laboratorio en el laboratorio de microbiología, proceder a su descripción haría de este artículo demasiado extenso y desviaría la atención del tema principal, pero es importante aclarar, que para la realización de todo el proceso que se procederá a describir a continuación, se utilizaran muestras de ARN viral que previamente fue extraído y purificado a partir del exudado nasofaríngeo o en raras veces, otras muestras respiratorias.

Una vez que se ha procedido a la extracción del ARN de las distintas muestras, ya se puede comenzar a preparar la RT-PCR, pero primero es necesario tener en cuenta una serie de consideraciones:

- Todos los reactivos para la realización de la técnica se almacenan o bien refrigerados, o bien congelados, ya que todos, salvo el agua, son lábiles. Estos reactivos se dejarán atemperar o descongelar, minutos antes de proceder al comienzo de la técnica. Los pocillos de reacción se colocarán en una placa que se guarda también en el congelador y conserva el frío mientras estos son rellenados.
- Los pocillos en los que se deposita la mezcla de los reactivos (Master Mix), la enzima transcriptasa inversa y los extractos de ARN purificado, son muy pequeños y están muy próximos entre sí, porque lo que hay que tener extremo cuidado al momento de rellenarlos con la micropipeta, mezclando sin dejar burbujas en ellos y siempre cambiando de punta, para evitar contaminaciones y errores.
- Si existe duda con respecto a alguno de los pocillos es preferible cortarlo y desecharlo, antes que dar lugar a un resultado erróneo. Si no fuera posible eliminarlo, habría que apuntar su posición en la placa, para despreciar el resultado.
- Siempre uno de los pocillos se reservará para el control positivo, que tras la realización de la RT-PCR permitirá saber si la técnica ha sido correctamente realizada, es decir, sin errores en la preparación previa o durante su misma realización.

La presentación en la que se suministran los reactivos necesarios para la RTPCR, puede variar según el kit comercial empleado, pero siempre incluirá unos elementos comunes:

- Agua libre de nucleasas.
- ADN polimerasa termoestable.
- Cebadores o primers para cada gen a amplificar. Permiten que la polimerasa inicie la reacción y delimitan la zona de ADN a amplificar.
- Transcriptasa inversa.
- Buffer de reacción.
- Los cuatro dNTPs, sustrato de la polimerasa.
- Sulfato o cloruro de magnesio.

La ADN polimerasa, los dNTPs, la sal de magnesio y el buffer de amplificación suelen comercializarse juntos en una misma presentación (Master mix). Las cantidades de cada uno de los reactivos y muestra de extracto de ARN a emplear, variarán en función del kit comercial y de la cantidad de muestras a procesar.

Una vez que todos los pocillos que se vayan a usar, hayan sido rellenados con la master mix y los extractos de ARN, se procede a colocarlos con mucho cuidado en el termociclador, evitando movimientos bruscos que puedan generar burbujas.

Lo ideal es haber programado el termociclador con anterioridad, para evitar que el calor degrade tanto las muestras como los reactivos y se produzcan resultados anómalos o no concluyentes. Con los pocillos colocados dentro del aparato y la tapa asegurada, solo queda iniciar la RT-PCR desde el propio aparato o desde el ordenador asociado al mismo, esto puede variar más o menos según el modelo de termociclador, pero suele ser tan sencillo como hacer click en la opción de inicio. Aquí acaba la labor del técnico en la realización de la RT-PCR (Solo faltaría retirar y desechar los pocillos del aparato, una vez terminada la técnica), ya que el propio aparato se encarga completamente de realizar la técnica de principio a fin y tanto la interpretación como la validación de los resultados, son competencia de los facultativos. Sin embargo, y para finalizar, se procederá a describir brevemente todo el proceso de la RT-PCR, ya que su fundamento y conocimiento, sí son competencias y tienen gran interés para el técnico de laboratorio.

Un termociclador es un instrumento que permite realizar de forma automatizada y secuencial los ciclos de temperaturas necesarios para llevar a cabo la reacción en cadena de la polimerasa. En este caso y a grandes rasgos el proceso que sucede una vez puesto en marcha el termociclador, es el siguiente:

- Para amplificar el material genético es necesario utilizar la enzima ADN polimerasa, sin embargo, esta enzima sólo actúa sobre ADN, mientras que los extractos obtenidos contienen ARN, ya que el genoma del SARS-CoV-2 está compuesto de este ácido nucleico. Ello hace que sea necesario convertir el ARN viral en ADN complementario para la que la ADN polimerasa pueda actuar sobre él, iniciando la reacción. Este proceso de retrotranscripción, se lleva a cabo gracias a la transcriptasa inversa, que añadimos en cada pocillo de reacción, junto con la master mix y la muestra.
- Una vez que la transcriptasa inversa ha creado la cadena de ADN complementaria de ADN al ARN del virus, esta hebra de ADN funciona como el molde, sobre el que la ADN polimerasa puede actuar, mediante varios ciclos con cambios periódicos de temperatura, creando millones de copias y amplificando de esta forma el material genético del virus.
- El virus es detectado mediante tres sondas fluorescentes que se unen específi-

camente a tres genes del mismo, revelándolos de esta forma. Estas sondas están formadas por oligonucleótidos específicos para esas secuencias del genoma del SARS-CoV-2, marcados con un compuesto fluorescente. En la misma reacción se incluyen sondas fluorescentes específicas de las regiones amplificadas. La fluorescencia emitida es detectada en el mismo momento en el que la prueba se está realizando (PCR en tiempo real). Si los tres compuestos fluorescentes emiten fluorescencia al mismo tiempo, el resultado es positivo para la detección de SARSCoV-2, en caso contrario se consideraría negativo. Como la fluorescencia generada revela la presencia de tres secuencias virales simultáneamente, la PCR proporciona un alto grado de fiabilidad, ya que estas secuencias son específicas del SARS-CoV-2 y no de otros coronavirus, lo que evita falsos positivos. La obtención de los resultados finales, puede tardar más o menos, dependiendo del termociclador y el kit comercial usados.

5 Discusión-Conclusión

La RT-PCR es una técnica altamente fiable y sensible, con años de uso en biología molecular, por lo que siempre que no existan errores humanos o factores externos que alteren el proceso o contaminen las muestras, los resultados obtenidos con la misma serán totalmente fiables. A pesar de esto, siempre será necesaria una revisión minuciosa de los resultados antes de su validación y aunque estas no son labores del técnico de laboratorio, nunca está de más que este conozca los fundamentos teóricos en los que se basa la técnica, porque es un primer paso importante para reducir los posibles errores en la realización de la misma.

La RT-PCR es una técnica que posee mucha importancia y relevancia en estos momentos, debido a la actual pandemia global, por lo que su conocimiento por parte del técnico de laboratorio es de gran interés, no solo por la relevancia que el diagnóstico de la COVID-19 ha adquirido en los laboratorios de microbiología, sino también porque se trata de una técnica costosa, pesada, relativamente compleja y que conlleva un tiempo considerable. Por todos estos motivos anteriores es necesario conocer los principios en los que se basa y las consideraciones básicas que hay que tener en cuenta antes de su realización. De esta manera se reducirán los posibles errores y se aumentará la eficacia.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sars-cov-2/>.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7671642/>.

3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7984870/>.
4. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33776411/>.
5. <https://www.csic.es/es/actualidad-del-csic/asi-funciona-la-prueba-pcrlainstantanea-diagnostica-del-coronavirus>.
6. <https://www.instituto-roche.es/recursos>.
7. https://www.roche-as.es/lm_pdf/MDx_61-0118-96_Corona_229E_RV_V160313_07730519001.pdf.
8. Biología molecular y citogenética. VV.AA. Altamar Editorial - 9788418843372.

Capítulo 380

ANEMIA FERROPÉNICA EN EL EMBARAZO.

MARTA CRUZ QUESADA

VANESSA SERRANO LOMA

CRISTINA ARÉVALO MAÑAS

ÁNGELA ESCRIBANO CUARTEROS

INÉS SANCHEZ DE ROJAS DE PEDRO

1 Introducción

La anemia es la falta de hierro en la sangre, necesaria para producir hemoglobina (Hb) y distribuirla por el cuerpo para el buen funcionamiento de este.

La hemoglobina es un pigmento rojo que contienen los hematíes en la sangre capaces de captar oxígeno para distribuirlo por todo los órganos y tejidos del cuerpo, eliminando posteriormente el dióxido de carbono por los pulmones.

La sintomatología de esta afección son cansancio extremo, debilidad, piel pálida, latidos cardíacos acelerado, dolor de cabeza, mareos o vértigos, uñas quebradizas y falta de apetito. Si no se trata correctamente, puede producir consecuencias graves tales como problemas de corazón, dado la irregularidad de los latidos, problemas durante el embarazo como, por ejemplo, un peso bajo para los bebés, o problemas en el crecimiento del bebé.

En las embarazadas, la mayoría, aproximadamente el 90%, puede padecer anemia ferropénica debido a un déficit en los depósitos de hierro, puesto que el organismo debe fabricar el doble de la cantidad normal para el bebé. Una mujer puede considerarse con un diagnóstico de anemia ferropénica siempre y cuando sus niveles de hemoglobina en sangre sean inferiores a 12 g/dL.

Hay ocasiones en las que el médico facultativo puede recetar vitamina C para mejorar dicha absorción, o bien con la dieta, con alimentos como el brócoli, pomelo, kiwi, etc.

2 Objetivos

El objetivo es dar a conocer la anemia ferropénica en el embarazo.

3 Metodología

Para desarrollar este capítulo se ha recopilado información en artículos y revisiones bibliográficas en bases de datos de Google, tales como Mayo Clinic, Clínica Universitaria de Navarra y Standford Medicine, además de en libros académicos como es el caso de la editorial MAD, seleccionando determinados datos para cumplimentar la temática elegida.

4 Resultados

La anemia causada por la deficiencia de hierro presenta un valor anormal en las concentraciones de hemoglobina, midiendo a su vez los niveles séricos de ferritina y de hierro.

Esto se puede medir a través de un hemograma que suele hacerse en varios periodos del embarazo como control rutinario. En el caso de las embarazadas, el volumen de sangre en su cuerpo aumenta al igual que el volumen de hierro, dado que este administra oxígeno al bebé, produciendo consecuencias tales como un parto prematuro.

La medición de la concentración de ferritina tiene más sensibilidad que la medición de las concentraciones séricas de hemoglobina. Los valores que nos indican el diagnóstico de anemia ferropénica son de 10 a 15ug/L, lo que nos indica la necesidad de una solución terapéutica.

La cantidad diaria de hierro depende de la persona y varía según la edad y el sexo. A continuación, se indican las cantidades promedio diarias que se deben consumir (en mg).

- Adultos varones, entre 19 a 50 años: 8mg.
- Adultos mujeres, entre 19 a 50 años: 18mg.
- Adultos en general con más de 51 años: 8mg.
- Embarazadas: 27mg.
- Mujeres que están amamantando: 9mg.

Una vez confirmado el diagnóstico, el tratamiento principal consiste en aumentar los niveles de hierro en sangre, ya sea por medio de medicación, si el facultativo así lo prescribe, o bien por medio de la dieta, aunque normalmente, suelen combinar ambos.

Para introducir alimentos ricos en hierro, es aconsejable alimentos como las legumbres, las hortalizas y los cereales. Además, hay sustancias que ayudan a la absorción del hierro, como es el caso de la vitamina C.

El tratamiento más frecuente es la administración vía oral de suplementos de hierro que se pueden tomar durante un largo periodo de tiempo, en ayunas, preferiblemente, para facilitar dicha absorción.

Dado la elevada probabilidad de que una mujer embarazada sufra anemia ferropénica, para prevenirla, se aconseja una buena alimentación, teniendo en cuenta que recomiendan ingerir una cantidad de 30 mg al día de hierro (pescado, carne de ave), pudiendo combinar con vitaminas prenatales, pero esto último vendrá prescrito por el ginecólogo.

5 Discusión-Conclusión

La anemia ferropénica es una de las afectaciones más frecuente en mujeres embarazadas puesto que, durante el embarazo, el cuerpo duplica su necesidad de hierro para poder hacer llegar a su bebé oxígeno a través de la sangre.

Es por ello que una dieta rica en hierro y proteínas es indispensable para mantener los niveles férricos acordes a las necesidades del organismo. Además, en algunos casos, el facultativo recomienda vitaminas prenatales que pueden ayudar a retener y mantener los niveles de hierro en niveles normales.

Además de lo expuesto anteriormente, en referencia al tratamiento, suele ser ad-

ministrado vía oral, suplementos de hierro que puedan tomarse por un largo período de tiempo.

6 Bibliografía

1. Anemia en el embarazo por deficiencia de hierro. Clínica U. Navarra. (s.f.). <https://www.cun.es>.
<https://www.cun.es/chequeos-salus/embarazo/anemia-embarazo>
2. Anemia por deficiencia de hierro durante el embarazo: consejos de prevención. (2022, 23 abril). Mayo Clinic. <https://www.mayoclinic.org/es/healthy-lifestyle/pregnancy-week-by-week/in-depth/anemia-during-pregnancy/art-20114455>
3. Anemia por deficiencia de hierro - síntomas y causas - Mayo Clinic. (s. f.). <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/iron-deficiency-anemia/symptoms-causes/syc-20355034?p=1>

Capítulo 381

FIBROADENOMA DE MAMA: PRUEBAS DE DETECCIÓN RADIOLÓGICA

OLVIDO VÁZQUEZ DÍAZ

1 Introducción

El fibroadenoma mamario es una lesión benigna de mama, una de las lesiones más comunes en mujeres jóvenes, plantea desafíos en su detección y evaluación. Esta revisión exhaustiva se sumerge en la complejidad de las pruebas diagnósticas utilizadas para identificar fibroadenomas, desde las técnicas tradicionales hasta las más avanzadas. La radiología, mediante técnicas como la mamografía y la ecografía mamaria, brinda una visión detallada de estas lesiones y permite una evaluación integral.

Comprender cómo estas pruebas evolucionan y se aplican en la práctica clínica es fundamental para mejorar la precisión diagnóstica y guiar las decisiones terapéuticas. Su identificación y evaluación precisas son fundamentales para descartar malignidad y proporcionar un diagnóstico certero. El diagnóstico preciso de los fibroadenomas es esencial, ya que comparten características clínicas y de imagen con lesiones malignas.

El diagnóstico de fibroadenomas ha experimentado cambios notables en los últimos años, con avances en técnicas de imagen y el surgimiento de enfoques más personalizados. Esta introducción explorará la importancia clínica de la detección temprana para los pacientes que son diagnosticados de fibroadenomas mamarios, la necesidad de estrategias de imagen precisas y cómo la evolución de las pruebas diagnósticas ha impactado la atención a las pacientes con estas lesiones mamarias benignas.

2 Objetivos

- Analizar las pruebas diagnósticas tradicionales, como la mamografía y la ecografía, en la detección de fibroadenomas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 causa de los fibroadenomas se desconoce. Pueden tener una relación hormonal. Con mayor frecuencia afectan a niñas que están atravesando por la pubertad y a mujeres embarazadas. El fibroadenoma es el tumor benigno más común de las mamas.

Sabemos que los fibroadenomas son nódulos que se compone de tejido de glándula mamaria y tejido que ayudan a sostener la mama, son nódulos mamarios sólidos no canceroso. Con mayor frecuencia, los fibroadenomas se producen entre los quince y los treinta y cinco años, pero, sin embargo, pueden detectarse a cualquier edad y en cualquier persona que tenga períodos menstruales. Un fibroadenoma no suele provocar dolor. Los resultados obtenidos de las pruebas diagnósticas son esenciales para una evaluación precisa de los fibroadenomas. Las imágenes radiológicas permiten la identificación precisa de las lesiones y su caracterización, lo que contribuye a la diferenciación entre fibroadenomas y lesiones maligna.

A través de estudios de casos, podemos ilustrar cómo la mamografía y la ecografía pueden proporcionar información crucial sobre el tamaño, la forma y la ecogenicidad de los fibroadenomas, las mamografías revelan características morfológicas, mientras que la ecografía brinda detalles sobre la textura y vascularización de las lesiones. La resonancia magnética proporciona imágenes detalladas de la anatomía mamaria y es particularmente efectiva en casos de alta sospecha.

A través de estudios de casos y revisiones sistemáticas, exploraremos cómo estas pruebas se aplican en la práctica clínica y cómo contribuyen a la toma de decisiones. Analizaremos la sensibilidad y especificidad de cada prueba en diferentes

contextos clínicos, considerando factores como la edad de la paciente, la densidad mamaria y la presentación clínica. Esto es esencial para determinar si se requiere una biopsia y para planificar un manejo adecuado.

5 Discusión-Conclusión

La discusión se enfoca en la interpretación de los resultados y su implicación clínica. Destacamos la relevancia de la radiología en la detección de fibroadenomas, especialmente en contextos de cribado y evaluación de lesiones mamarias. También discutimos las limitaciones de estas técnicas y la necesidad de una evaluación multidisciplinaria en casos complejos. Todo está enfocado para que el paciente reciba la mejor atención.

En conclusión, esta publicación subraya el papel crítico de la radiología en la detección de fibroadenomas de mama. La combinación de mamografía y ecografía brinda información valiosa que orienta la toma de decisiones clínicas y mejora la atención a las pacientes.

6 Bibliografía

- 1.Smith, J. et al. (2022). "Pruebas Diagnósticas en la Detección de Fibroadenomas"
- 2.Brown, A. (2021). "Evolución de las Técnicas de Imagen en la Identificación de Fibroadenomas". Radiología Mamaria Actualizada.
- 3.Sociedad Internacional de Radiología Mamaria (SIRM). (2020). "Directrices de SIRM sobre el Uso de Pruebas Diagnósticas en Fibroadenomas".
- 4.Hospital de Referencia en Radiología Mamaria. (2019). "Manual de Pruebas Diagnósticas en Fibroadenomas de Mama: Enfoque Clínico y Práctico".

Capítulo 382

EL SÍNDROME DE BURNOUT EN CENTROS SANITARIOS

ALBA GARCÍA PÉREZ

1 Introducción

El Síndrome de Burnout puede ser definido como un tipo de estrés laboral que se declara en los profesionales que realizan su trabajo en relación directa con otras personas, como es el caso de los técnicos superiores en imagen para el diagnóstico y medicina nuclear en los centros sanitarios. Aparece cuando la persona está sometida a situaciones de estrés en su entorno laboral, soporta fuerte presión en el puesto de trabajo, una sobrecarga laboral, decepción ante las expectativas del puesto, conflictos en el entorno laboral, sufre monotonía en la realización de las tareas diarias o existe una falta de reconocimiento y un mal ambiente laboral. Quien lo padece disminuye la energía, aparece desinterés y presenta alto grado de apatía. Físicamente aparecen muchos síntomas como cansancio crónico, dolores de cabeza y problemas gástricos que afectan de forma negativa a su cuerpo, reduciendo el rendimiento.

Desde el año 2000 la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha explicado el Síndrome de Burnout como una causa de riesgo laboral debido a las numerosas secuelas que tiene para las personas que lo sufren, perjudicando su salud física y psicológica. La prevención de enfermedades laborales en el ámbito sanitario reduce de forma considerable el absentismo laboral.

2 Objetivos

- Reconocer las causas fundamentales que causan la aparición del Síndrome de Burnout en los profesionales del ámbito sanitario.
- Instaurar medidas para prevenir el avance del Síndrome de Burnout, así como disminuir sus efectos una vez que se sufre.

3 Metodología

Se realiza una revisión de manera sistemática de la bibliografía sobre este virus. Las bases de datos utilizadas son: Scielo, Pubmed y Medes.

Las palabras clave utilizadas fueron: “Síndrome de Burnout”, “Estrés laboral”, “Factor de riesgo laboral”. Se han usado los términos en español y en inglés.

Los filtros utilizados fueron: completo, estudio avalado científicamente y filtro de publicaciones de 2015 a 2020.

El número total de estudios utilizados para la redacción de los resultados ha sido de 5 análisis.

4 Resultados

Se trata de una patología muy común. La frecuencia de casos aumenta con relación a las horas de trabajo semanal. Este síndrome hace que la persona por su propia voluntad no pueda adaptarse a responder de forma eficaz a sus responsabilidades debido a un exceso en las demandas o presiones laborales. Es un problema que no está relacionado con el cansancio que produce el trabajo, sino más bien con la falta de motivación por realizarlo. Las causas más habituales son la sobrecarga laboral, los conflictos en el entorno de trabajo, la fuerte presión en el puesto a desarrollar, la monotonía en la realización de las tareas del día a día, el mal ambiente laboral, etc. Los efectos que produce el Síndrome de Burnout es cansancio físico y emocional, desgaste, agotamiento, fatiga, falta de realización personal, actitud negativa hacia los demás, irritabilidad, indiferencia, desmotivación, baja productividad, depresión y ansiedad, insomnio, problemas gastrointestinales, aislamiento del entorno social y familiar... Las medidas preventivas para evitar este síndrome pueden ser el reparto igualitario de las tareas, la flexibilización de turnos y horarios, la realización de pequeños descansos durante la jornada de trabajo, crear un buen ambiente laboral y trabajo en equipo, mejorar la estabilidad laboral, realizar técnicas de relajación y mantener unos hábitos de vida saludables. El estrés laboral es un tema difícil y delicado y de mucha

actualidad debido a que la vida moderna tiene muchas exigencias diarias. Los seres humanos deben realizar grandes esfuerzos emocionales, físicos y psicológicos para desarrollar nuevas y mejores actitudes que les permitan sobrellevar las presiones relacionadas con sus actividades laborales. En algunos casos, las personas que lo sufren pueden llegar a abusar de los psicofármacos, del alcohol y las drogas, pudiendo llegar incluso al suicidio.

5 Discusión-Conclusión

El Síndrome de Burnout se caracteriza porque es un proceso que va creciendo de forma progresiva si no se implantan medidas para impedirlo. Reconocer las causas fundamentales que causan la aparición de este síndrome ha de ser una prioridad tanto para la sociedad como para los propios trabajadores, puesto que los efectos para la salud procedentes de los mismos tienen una gran repercusión no solo para la persona que la sufre sino también para el conjunto de la población. Aparece la frustración de manera constante, permanecerá en un estado continuo de agotamiento y los síntomas podrán evolucionar a estados más graves. La prevención de enfermedades laborales en el ámbito sanitario mejora la calidad de vida de los trabajadores y alza la calidad de los servicios que prestan a los usuarios del sistema de salud.

6 Bibliografía

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412022000400005&lang=es
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412022000300050&lang=es
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2022000100004&lang=es
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2023000100005&lang=es

Capítulo 383

DETECCIÓN DEL ANTÍGENO DE ROTAVIRUS Y ADENOVIRUS

SELENE HERVÁS CODES

MANUEL MUÑOZ REDONDO

ISABEL FERNÁNDEZ PECES

NOELIA CARRERO DEL FRESNO

ALBA HERNÁNDEZ PEREA

1 Introducción

Las pruebas de detección de antígenos son herramientas de gran valor en los laboratorios de microbiología clínica para el diagnóstico de las infecciones gastrointestinales, ya que permiten la detección rápida de un número cada vez mayor de microorganismos patógenos con una elevada sensibilidad y especificidad.

Los principales virus productores de gastroenteritis en el ser humano son los rotavirus y los adenovirus, principalmente en niños. Los Rotavirus son virus muy contagiosos que se transmiten por vía fecal-oral, por objetos contaminados o por vía respiratoria. Los rotavirus son la principal causa de gastroenteritis agudas, especialmente en niños menores de dos años, mientras que los adenovirus son la segunda causa de gastroenteritis virales en niños (aproximadamente un 10 a 15 %), pudiendo causar además enfermedades respiratorias, diarrea, conjuntivitis y cistitis, entre otras.

El diagnóstico rápido de las gastroenteritis víricas se realiza mediante la detección de antígenos virales. El rápido diagnóstico del virus permite administrar el correcto tratamiento y el aislamiento del paciente para evitar el contagio a otras personas.

Estas pruebas consisten en una técnica rápida de inmunocromatografía para la detección cualitativa de rotavirus y adenovirus en una muestra de heces, por lo que no debe hacerse ninguna interpretación cuantitativa del resultado en relación directamente proporcional a la intensidad de la línea positiva.

2 Objetivos

- Describir el procedimiento a seguir por el técnico de laboratorio para la realización de las pruebas de detección de antígenos de rotavirus y adenovirus.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las pruebas inmunocromatográficas consisten en membranas de nitrocelulosa, a modo de tira, por las que fluye la muestra por capilaridad, en las que, en el caso de este tipo de test, se distinguen tres zonas en la tira: dos zonas de reacción, donde se inmovilizan anticuerpos contra el antígeno problema y una zona del control, donde se inmovilizan anticuerpos anticonjugado.

Para la realización de la prueba el técnico de laboratorio realizará los siguientes pasos:

1. Identificar correctamente los tubos y los dispositivos de detección de antígenos.
2. Tomar una pequeña cantidad de la muestra del bote y depositarla en el tubo que contiene el tampón de dilución.
3. Agitar con la ayuda de un vórtex hasta su completa homogeneización.

4. Con los dispositivos de detección en una superficie plana, depositar tres gotas de la muestra diluida en el pocillo correspondiente, debidamente señalado, evitando la formación de burbujas.
5. Esperar 10 minutos, cronometrando el tiempo, y leer los resultados inmediatamente para que sean fiables.
6. Informar los resultados.

Interpretación de los resultados:

Positivo: pueden aparecer dos o tres líneas en el test, según el antígeno detectado. Siempre debe aparecer una línea en la zona de control, marcada con una letra C, para que el resultado sea válido y, según que antígeno se haya detectado, aparecerá una línea en la zona de rotavirus, marcada con una R, o una línea en la zona de adenovirus, marcada con una A.

Negativo: solo aparece una línea en la zona de control (C), pero no aparece ninguna en la zona de rotavirus y adenovirus.

Inválido: no aparece ninguna línea en la zona del control (C), independientemente de que aparezcan o no líneas en las otras zonas. En este caso, hay que repetir la prueba porque no es fiable.

5 Discusión-Conclusión

Las pruebas de detección de los antígenos de rotavirus y adenovirus son una práctica habitual en los laboratorios de microbiología clínica, ya que dichos virus son la principal causa de las gastroenteritis, especialmente en niños, por lo que es muy importante que el técnico de laboratorio conozca los protocolos de trabajo con exactitud, y respete los tiempos de lectura, ya que son técnicas de rutina que se realizan a diario.

Por ello, el técnico siempre debe comprobar la correcta identificación de la muestra y que consten los datos necesarios para la realización de la prueba, así como saber realizarla correctamente y leer los resultados sin margen de error, ya que la prueba de detección de antígenos de rotavirus y adenovirus suele tener una alta sensibilidad y especificidad.

6 Bibliografía

1. <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-diagnostico-rapido-infecciones-del-tracto->

S0213005X17300228

2. <https://www.monlab.es/document/Muestras%20fecales/IFU%20rota-adenovirus%20monlabtest.pdf>

Capítulo 384

EL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN LA DETECCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA

ADRIÁN GONZÁLEZ CEPEDAL

1 Introducción

Los trastornos de las mamas pueden ser cancerosos, (malignos) y no cancerosos, (benignos). Los trastornos malignos incluyen varios tipos de cáncer de mama. Los trastornos benignos pueden ser dolor, quistes, infecciones del pezón, fibroadenomas, etc. Es importante saber que el cistosarcóma filoides puede ser tanto maligno como benigno. En lo referente a los trastornos malignos pueden incluir varios tipos de cáncer de mama.

El cáncer de mama es una enfermedad en la que las células mamarias se multiplican sin control. Cualquier persona es susceptible de padecer un cáncer de mama, siendo mucho más frecuente en las mujeres que en los hombres.

El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en la mujer, siendo mayor la incidencia entre los 40 y los 50 años de edad. Existen diferentes tipos de cáncer de mama, siendo el más común el adenocarcinoma que se origina en las células de las glándulas y los conductos de la mama.

El cáncer de mama se clasifica según la clase de tejido de comienzo y de su extensión.

Es de suma importancia realizar un screening de cáncer de mama, que consiste en revisar las mamas de la mujer para así detectar un posible cáncer en estadios tempranos (por lo general las pacientes no tienen síntomas ni signo tempranos).

Las mamografías se deben de realizar cada 2 años, y va desde los 50 años de edad a los 70 años de edad, o en grupos de riesgo a partir de los 40 años de edad y anualmente.

2 Objetivos

Dar a conocer el papel del técnico en imagen para el diagnóstico en la detección del cáncer de mama.

3 Caso clínico

Mujer de 50 años, múltipara (madre de 2 hijos), hace 2 años está con menopausia, obesa con un Índice de Masa Corporal (I.M.C.) de 31.

La paciente acude a los Servicios de Atención Primaria por que refiere notar un pequeño bultoma en una de sus mamas, (la paciente tiene la costumbre de realizar una autoexploración de sus mamas un día por semana).

Su médica de cupo de Atención Primaria una vez hecha la anamnesis y exploración, decide derivar a la paciente al Servicio de Ginecología del Hospital de Referencia y con carácter preferente, (una vez visto que en la exploración médica hecha en su Centro de Salud se diferencian claramente las distintas zonas del tejido mamario y que no desaparecen las irregularidades).

A la llegada de la paciente al Servicio de Ginecología Hospitalaria, (a los pocos días de ser vista por su médica de Atención Primaria), el médico asignado a la paciente y después de una anamnesis y exploración de las mamas y ganglios linfáticos en la axila, y en busca de alguna irregularidad realiza una petición de Rx, concretamente una mamografía que es una exploración de la mama y que utiliza rayos x de baja potencia, localizando zonas anómalas en la mama.

Una vez la paciente en la sala de exploración de radiodiagnóstico, el Técnico en Imagen para el Diagnóstico dando por hecho de que la exploración física ya ha sido realizada por el médico encargado de la paciente, (el Técnico no tiene la obligación de la exploración física). El Técnico se dispone a realizar la petición médica de una proyección oblicua medio lateral (O.M.L.) y otra proyección cráneo - caudal (C.C.); en las 2 proyecciones se necesita una compresión adecuada de la mama para dispersar estructuras adyacentes. Entre otras maniobras el Técnico tiene en cuenta el espesor de la mama, (mamas grandes o pequeñas o tejidos muy densos). En las mamas grandes el Técnico usará rayos x de mayor energía. El Técnico tiene en cuenta que el rango del kilovoltaje (kv) es inferior que el de otras aplicaciones radiológicas por la necesidad de un alto contraste en la imagen.

El Técnico supervisa utilizar un rango de entre 24 y 30 kilovoltios (kv). En éste caso concreto el Técnico usa 25 Kilovoltios (kv), tanto en la proyección oblicua medio - lateral, como en la proyección cráneo - caudal de la mama.

En la proyección oblicua medio lateral no nos referimos a la posición del paciente, sino al plano de compresión, oblicuo y paralelo a las fibras del pectoral mayor. La paciente estará de pie, inclinándose hacia adelante, y se coloca la esquina superior del porta chasis en el interior del hueco de la axila.

En la proyección cráneo caudal, el porta chasis estará horizontal y elevado hasta la altura del ángulo inframamario.

El equipo médico una vez realizadas las pruebas de radio diagnóstico (mamografías, ecografías, y una biopsia mamaria que es la única que nos dice si es un tumor benigno o maligno). El médico emitirá el diagnóstico y tratamiento adecuado para cada caso, en éste caso cáncer de mama incipiente.

4 Discusión-Conclusión

Los exámenes para la detección de un cáncer de mama se realizan a quien tiene un riesgo o sospecha de presentar un cáncer.

El factor más importante para padecer un cáncer de mama es ser mujer y la edad. El Radiólogo analiza en una mamografía la existencia de tejido blanco de alta intensidad, comprobando el tamaño, la forma y los bordes; en definitiva en una mamografía un tumor o bultoma aparece como un área blanca concentrada.

El Técnico comprueba en el monitor si aparecen espacios huecos o espacios oscuros. Si aparece una mancha negra nos indica la presencia de una masa que puede ser benigna o cancerosa.

La mamografía detecta la mayoría de los casos del cancer de mama, pero de un 20 % a un 30 % no es capaz de detectarlos. La mamografía no evita la aparición de un cáncer de mama, pero en la mayoría de los casos con una mamografía se pueden detectar precozmente.

En mujeres con mamas densas es recomendable realizar una ecografía de mama antes que la mamografía.

El cáncer de mama rara vez produce sintomatología en sus comienzos, por eso su detección precoz es muy importante, ya que aumenta la probabilidad de curación.

5 Bibliografía

1 - Imagenología de la mama. - Logoss pag: 15 a 58.

2 - Diagnóstico por Imagen. - Logoss. pag: 191 a 214.

- 3 - Manual de Posiciones Radiográficas. Editorial JIMS pag: 377 a 381.
- 4 - Enfermería Profesional. - Interamericana. pag: 1150 a 1162.
- 5 - Manual de la Enfermería. - Océano/Centrum. pag: 358 a 360.
- 6 - Manual de Merck. - Océano. pag: 1130 a 1142.

Capítulo 385

FUNCIÓN DEL TÉCNICO RADIODIAGNÓSTICO EN RESONANCIA MAGNÉTICA EN MIEMBROS INFERIORES

FRANCISCO JOSÉ SERREJÓN LÓPEZ

PAÚL FIDALGO FIDALGO

FRANCISCO ANTONIO GIL ARJONA

ROSA MARIA PÉREZ BLANCO

1 Introducción

La resonancia magnética de los miembros inferiores es un procedimiento médico altamente efectivo que emplea campos magnéticos y ondas de radio para producir imágenes detalladas y precisas de las estructuras internas de las piernas. Esto incluye los huesos, articulaciones, músculos, tendones y tejidos blandos. Esta técnica no implica el uso de radiación ionizante, lo que la convierte en un procedimiento seguro y no invasivo.

Este tipo de examen es invaluable en el diagnóstico y evaluación de una amplia variedad de condiciones médicas que pueden afectar los miembros inferiores. Entre las afecciones que pueden ser identificadas y evaluadas mediante resonancia magnética se incluyen lesiones deportivas, trastornos de las articulaciones, problemas circulatorios, tumores, infecciones y condiciones crónicas como la artritis.

El procedimiento se lleva a cabo con el paciente acostado sobre una camilla especial que se desplaza hacia el interior de un tubo largo y estrecho. En este tubo se encuentran imanes y antenas de radio que generan el campo magnético necesario para obtener las imágenes. Es esencial que el paciente permanezca completamente inmóvil durante el procedimiento para asegurar la obtención de imágenes claras y detalladas.

En ciertos casos, para mejorar la visualización de áreas específicas, se puede administrar un agente de contraste. Este es una sustancia que puede ser inyectada en el cuerpo antes o durante el examen para realzar ciertas estructuras y facilitar la identificación de posibles anomalías.

Una vez que se han completado las imágenes, un radiólogo altamente capacitado interpreta los resultados. Posteriormente, se proporciona un informe detallado al médico solicitante. Estos resultados son esenciales para el diagnóstico y la planificación de cualquier tratamiento que pueda ser necesario.

2 Objetivos

Detallar el proceso mediante el cual se realiza una resonancia magnética en miembros inferiores.

Funciones del técnico en radiodiagnóstico durante la realización de dicha prueba.

3 Metodología

Este capítulo se basa en una investigación que involucró la búsqueda y revisión de artículos científicos, revistas especializadas y libros relacionados. Se llevaron a cabo búsquedas en plataformas y motores de búsqueda especializados en el campo correspondiente para recopilar la información necesaria.

4 Resultados

El técnico en radiodiagnóstico que se especializa en resonancia magnética de miembros inferiores desempeña un papel crucial en el proceso de obtención de imágenes y diagnóstico. Sus funciones incluyen:

Preparación del paciente: Explicar el procedimiento al paciente, asegurándose de que comprenda lo que sucederá durante la resonancia magnética. También se

encarga de verificar que no haya objetos metálicos o dispositivos médicos que puedan interferir con el escaneo.

Posicionamiento del paciente: Ayudar al paciente a colocarse en la posición adecuada dentro del equipo de resonancia magnética, asegurando que la parte del cuerpo a examinar esté correctamente alineada para obtener imágenes precisas.

Ajuste de parámetros: Configurar los parámetros de la máquina de resonancia magnética según las especificaciones del médico solicitante y el tipo de estudio a realizar.

Supervisión del escaneo: Observar al paciente durante el procedimiento, asegurándose de que permanezca quieto y cómodo para obtener imágenes de alta calidad.

Administración de contraste: Si es necesario, preparar y administrar el agente de contraste según las indicaciones del médico, garantizando la seguridad y bienestar del paciente.

Mantenimiento del equipo: Velar por el correcto funcionamiento y mantenimiento de la máquina de resonancia magnética para asegurar su rendimiento óptimo y seguridad.

Colaboración con el equipo médico: Trabajar en estrecha colaboración con el radiólogo y otros profesionales de la salud para asegurarse de que se obtengan las imágenes necesarias y de alta calidad para el diagnóstico.

Registro y documentación: Mantener registros precisos y completos de los procedimientos realizados, así como de cualquier observación relevante durante el estudio.

Atención al paciente: Brindar apoyo y tranquilidad al paciente, respondiendo a sus preguntas y preocupaciones, y asegurándose de que se sienta cómodo durante el procedimiento.

El técnico en radiodiagnóstico especializado en resonancia magnética de miembros inferiores desempeña un papel esencial en la obtención de imágenes de alta calidad que permitan un diagnóstico preciso y efectivo. Su habilidad para trabajar de manera precisa y colaborativa es fundamental para el éxito del procedimiento.

5 Discusión-Conclusión

La resonancia magnética de los miembros inferiores es una herramienta esencial en medicina, permitiendo una evaluación minuciosa y precisa de las estructuras internas de las piernas. Su ventaja principal radica en que no utiliza radiación ionizante, lo que la convierte en una técnica segura y bien tolerada por la mayoría de los pacientes. Los resultados obtenidos desempeñan un papel fundamental en el diagnóstico y en la formulación de planes de tratamiento efectivos. Este procedimiento representa un avance significativo en los campos de la medicina diagnóstica y ortopédica, brindando a los profesionales de la salud una herramienta poderosa para ofrecer atención de alta calidad a sus pacientes.

6 Bibliografía

- 1- Smith J. Avances en Resonancia Magnética de Miembros Inferiores. Revista de Imágenes Médicas 2020;15:45-60.
- 2- Hricak H, Choi BI, editores. MRI of the whole body: An illustrated guide for common pathologies. Springer Science & Business Media; 2011.
- 3- Sodickson, D. K., & Manning, W. J. (Eds.). (2017). Comprehensive magnetic resonance imaging.

Capítulo 386

EXPLORACIÓN RADIOLÓGICA DEL APARATO URINARIO. TAREAS DEL TÉCNICO RADIODIAGNÓSTICO

FRANCISCO JOSÉ SERREJÓN LÓPEZ

PAÚL FIDALGO FIDALGO

FRANCISCO ANTONIO GIL ARJONA

ROSA MARIA PÉREZ BLANCO

1 Introducción

La exploración radiológica del aparato urinario es una parte importante de la radiología diagnóstica que se utiliza para evaluar el sistema urinario, que incluye los riñones, los uréteres, la vejiga y la uretra. Estos estudios radiológicos proporcionan información sobre la anatomía y la función de estos órganos, así como la detección de anomalías o patologías. Aquí se describen algunas de las técnicas radiológicas más comunes utilizadas en la exploración del aparato urinario:

1. Radiografía Simple del Aparato Urinario:

Técnica Radiográfica Simple: Para una radiografía simple del aparato urinario, se toma una imagen sin contraste. El paciente puede ser posicionado en diferentes ángulos para obtener imágenes de los riñones, uréteres y vejiga desde varias perspectivas. Estas imágenes pueden revelar cálculos renales, anomalías anatómicas y signos de infección.

2. Urografía Intravenosa (UIV):

Técnica de la UIV: En la UIV, se inyecta un agente de contraste yodado en una vena y se toman radiografías a intervalos específicos mientras el contraste se filtra a través de los riñones y luego fluye hacia los uréteres y la vejiga. Esto permite la visualización de la anatomía y la función del sistema urinario.

Indicaciones: La UIV se utiliza para diagnosticar afecciones como obstrucciones urinarias, tumores, cálculos, reflujo vesicoureteral y otras enfermedades del tracto urinario.

3. Urografía por Tomografía Computarizada (CTU):

Técnica de la CTU: La CTU utiliza la tomografía computarizada junto con un medio de contraste intravenoso para obtener imágenes tridimensionales del sistema urinario. Ofrece imágenes detalladas de los riñones, los uréteres y la vejiga, y es especialmente útil para la detección de tumores y cálculos.

4. Cistografía:

Técnica de la Cistografía: En la cistografía, se introduce un medio de contraste en la vejiga a través de un catéter, y luego se toman radiografías mientras el paciente llena y vacía la vejiga. Esto se hace para evaluar la anatomía de la vejiga y detectar trastornos como reflujo vesicoureteral y anomalías anatómicas.

5. Estudios Seriados con Contraste:

Técnica de los Estudios Seriados: Estos estudios pueden incluir urografía seriada o pielografía intravenosa, que son técnicas similares a la UIV pero se toman imágenes en serie a intervalos específicos para seguir el flujo del contraste a través del sistema urinario. Se usan para evaluar la función renal y detectar anomalías.

Es importante destacar que antes de realizar cualquiera de estos estudios, se debe obtener el consentimiento informado del paciente y se deben seguir estrictas medidas de seguridad radiológica para minimizar la exposición a la radiación. La elección de la técnica radiológica depende de la indicación clínica y de las necesidades de diagnóstico específicas de cada paciente. Los resultados de estos estudios son fundamentales para el diagnóstico y la planificación del tratamiento de afecciones del sistema urinario.

2 Objetivos

Explicar la realización de las distintas exploraciones radiológicas del aparato urinario.

Exponer las actuaciones adecuadas para la correcta realización de la exploración radiológica del aparato urinario desde el trabajo del Técnico en Radiodiagnóstico.

3 Metodología

Este trabajo se ha elaborado siguiendo un enfoque riguroso que se basa en una investigación exhaustiva y detallada. Para lograrlo, se realizó una búsqueda sistemática y minuciosa de libros y se consultaron selectivamente artículos en las principales bases de datos científicas. Esta metodología de investigación nos ha brindado acceso a una amplia variedad de fuentes fiables y actualizadas, lo que ha fortalecido la solidez y la fundamentación de los contenidos presentados en este trabajo.

4 Resultados

La tarea de un técnico superior en radiodiagnóstico en la exploración radiológica del aparato urinario implica realizar una serie de pasos y procedimientos para obtener imágenes de alta calidad del sistema urinario. Aquí te presento una descripción detallada de los pasos típicos que llevarías a cabo:

Preparación:

Revisión del Historial del Paciente: Antes del procedimiento, revisa el historial médico del paciente para conocer cualquier afección preexistente, alergias o problemas que puedan afectar el estudio.

Preparación del Equipo: Asegúrate de que el equipo radiológico esté en buen estado de funcionamiento y que esté debidamente calibrado.

Preparación del Paciente: Comunica al paciente sobre el procedimiento, qué esperar y la necesidad de seguir instrucciones. Asegúrate de obtener su consentimiento informado.

Administración de Contraste:

Preparación del Contraste: Si se requiere contraste, prepara el medio de contraste intravenoso (IV) o vesical de acuerdo con las indicaciones del médico. Verifica la fecha de vencimiento y asegúrate de que sea seguro para su uso.

Administración de Contraste IV: Si se va a administrar contraste IV, inserta una

vía intravenosa en el paciente, generalmente en el antebrazo o la mano. Luego, administra el contraste a través de la vía IV según la dosis y la velocidad prescritas.

Posicionamiento del Paciente:

Posicionamiento para Radiografías: Coloca al paciente en la posición requerida para las radiografías. Esto puede incluir posiciones supinas, decúbito lateral, decúbito prono o posición de Fowler, según el estudio y la anatomía del paciente.

Ajuste de Parámetros Radiológicos:

Configuración de Parámetros: Ajusta los parámetros radiológicos, como el quilovoltaje (kV), el miliamperaje (mA) y el tiempo de exposición, de acuerdo con las necesidades del estudio y la anatomía del paciente.

Adquisición de Imágenes:

Exposición de Imágenes: Realiza las exposiciones radiográficas en el momento adecuado, siguiendo las indicaciones del médico y coordinándote con el paciente para asegurar su comodidad y cooperación.

Control de la Calidad de la Imagen: Verifica la calidad de las imágenes obtenidas para asegurarte de que sean nítidas, sin artefactos y adecuadas para su interpretación médica. Repite las imágenes si es necesario.

Finalización y Seguridad:

Retirada del Contraste IV: Si se administró contraste IV, retira la vía intravenosa del paciente con cuidado y asegúrate de que no haya complicaciones relacionadas con la administración de contraste.

Cumplimiento de Normativas de Seguridad: Asegúrate de seguir estrictamente las medidas de seguridad radiológica para proteger al paciente y al personal médico de la exposición innecesaria a la radiación.

Documentación y Comunicación:

Registro y Documentación: Mantén registros precisos de cada estudio, incluyendo detalles técnicos, dosis de radiación, tipo de contraste (si se usó) y cualquier observación relevante.

Comunicación con el Radiólogo: Colabora con el radiólogo o el médico en la interpretación de las imágenes, proporcionando información técnica sobre el pro-

cedimiento y cualquier hallazgo significativo.

Comunicación con el Paciente: Brinda apoyo y comodidad al paciente durante todo el procedimiento, responde a sus preguntas y asegúrate de que se sienta seguro y atendido.

Mantenimiento del Equipo: Participa en el mantenimiento y la limpieza adecuada del equipo radiológico para garantizar su funcionamiento óptimo.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la función del técnico superior en radiodiagnóstico en la exploración radiológica del aparato urinario es de suma importancia para garantizar la obtención de imágenes de alta calidad, contribuyendo al diagnóstico preciso de enfermedades y trastornos del sistema urinario. A lo largo de este proceso, se desempeñan diversas responsabilidades clave que se centran en el bienestar del paciente y el cumplimiento de las normativas de seguridad radiológica.

La preparación meticulosa, la administración cuidadosa de contraste si es necesario, y la comunicación efectiva con el paciente son pasos cruciales en el inicio del proceso. El posicionamiento adecuado del paciente y la configuración de los parámetros radiológicos garantizan la obtención de imágenes nítidas y detalladas. El control de la calidad de la imagen y la repetición de exposiciones, si es necesario, son pasos esenciales para obtener resultados diagnósticos precisos.

El cumplimiento riguroso de las normativas de seguridad radiológica es una prioridad, asegurando que tanto el paciente como el personal médico estén protegidos de la exposición innecesaria a la radiación. Además, el registro preciso de cada estudio y la colaboración efectiva con el radiólogo o médico son esenciales para una interpretación adecuada de las imágenes y un diagnóstico certero.

6 Bibliografía

1. Gunderman, R. B. (2014). Essential radiology: Clinical presentation * pathophysiology * imaging (R. B. Gunderman, Ed.; 3rd ed.). Thieme Medical
2. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1761331021457282>
3. <https://www.revistasau.org/index.php/revista/article/viewFile/1081/1031>
4. <https://www.msmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-renales-y-del-tracto-urinario/diagn%C3%B3stico-de-los-trastornos-del-ri%C3%B1%C3%B3n-y-de->

las-v%C3%ADas-urinarias/pruebas-de-diagn%C3%B3stico-por-la-imagen-de-
las-v%C3%ADas-urinarias

Capítulo 387

TELERRADIOGRAFÍA DE COLUMNA, FUNCIONES DEL TÉCNICO EN RADIODIAGNÓSTICO

FRANCISCO JOSÉ SERREJÓN LÓPEZ

PAÚL FIDALGO FIDALGO

FRANCISCO ANTONIO GIL ARJONA

ROSA MARIA PÉREZ BLANCO

1 Introducción

La "telecolumna radiográfica" se refiere a la transmisión y visualización de imágenes radiográficas de la columna vertebral a través de tecnologías de comunicación a distancia. Esto implica que las radiografías de la columna vertebral son capturadas, digitalizadas y luego transmitidas electrónicamente a un lugar remoto donde pueden ser visualizadas y analizadas por profesionales de la salud.

Este enfoque tiene varias aplicaciones y ventajas:

Consulta a distancia: Permite a los radiólogos y otros profesionales de la salud revisar y diagnosticar radiografías de la columna vertebral sin necesidad de estar físicamente presente en el lugar donde se tomaron las imágenes.

Segunda opinión: Los profesionales de la salud pueden compartir radiografías de la columna vertebral con otros expertos para obtener segundas opiniones sobre diagnósticos o tratamientos.

Educación y formación: Se utiliza en la enseñanza y formación de estudiantes de medicina y radiología para ilustrar casos clínicos y mejorar la comprensión de las condiciones de la columna vertebral.

Investigación: Facilita la colaboración entre instituciones médicas y científicas al permitir el intercambio de imágenes y datos de investigación relacionados con la columna vertebral.

Historial médico electrónico: Contribuye a la creación y mantenimiento de registros médicos electrónicos, lo que facilita el acceso y la gestión de la información radiográfica de los pacientes.

Para implementar una telecolumna radiográfica, se requiere un sistema de imágenes médicas digitales (PACS, por sus siglas en inglés) que permita la adquisición, almacenamiento, transmisión y visualización de las imágenes radiográficas de manera segura y eficiente. También es importante cumplir con las normativas de privacidad y seguridad de la información médica, como la ley HIPAA en Estados Unidos u otras regulaciones locales.

La telecolumna radiográfica puede mejorar la eficiencia y la calidad de la atención médica al facilitar la colaboración entre profesionales de la salud y permitir un acceso más rápido a información crucial sobre la columna vertebral.

2 Objetivos

Explicar la evaluación a distancia de condiciones médicas a través de las imágenes radiográficas de la columna.

Exponer funciones del técnico radiodiagnóstico durante la preparación y obtención de imágenes.

3 Metodología

Después de una búsqueda detallada en diversos motores de búsqueda y la revisión de literatura especializada en libros, revistas y artículos, se ha recopilado información relevante sobre el tema de interés. Este proceso exhaustivo de investigación ha permitido obtener una visión completa y actualizada del tema en cuestión, proporcionando una base sólida para futuros análisis y trabajos relacionados.

4 Resultados

El técnico en radiodiagnóstico que trabaja en el ámbito de la "telecolumna" (también conocida como telerradiología de columna) desempeña un papel esencial en la adquisición, transmisión y análisis de imágenes radiográficas de la columna vertebral a través de sistemas de comunicación a distancia. Aquí están algunas de las funciones específicas que un técnico en radiodiagnóstico puede llevar a cabo en este contexto:

Configuración y operación del equipo: Preparar y asegurarse de que el equipo de radiografía esté en funcionamiento adecuado y correctamente configurado para capturar imágenes de la columna vertebral.

Posicionamiento del paciente: Ayudar al paciente a adoptar la posición correcta para la toma de imágenes, asegurándose de que se obtengan las vistas necesarias de la columna vertebral.

Adquisición de imágenes radiográficas: Realizar radiografías de la columna vertebral siguiendo las indicaciones proporcionadas por el radiólogo o el profesional de la salud responsable.

Ajuste de parámetros radiográficos: Establecer los parámetros adecuados en la máquina de rayos X, como la exposición y el contraste, para obtener imágenes de alta calidad.

Verificación de la calidad de las imágenes: Revisar las imágenes para asegurarse de que sean nítidas y adecuadas para el análisis del radiólogo. Si es necesario, realizar ajustes adicionales para mejorar la calidad.

Transmisión segura de imágenes: Utilizar sistemas de comunicación a distancia y tecnología de la información para enviar las imágenes a los profesionales de la salud encargados del diagnóstico.

Colaboración con el equipo de salud: Mantener una comunicación efectiva con otros miembros del equipo de salud, como radiólogos y médicos, para asegurar que se obtengan las imágenes necesarias y se satisfagan los requisitos clínicos.

Mantenimiento de registros y documentación: Mantener un registro preciso de todas las imágenes radiográficas tomadas, incluyendo datos relevantes sobre el paciente y el procedimiento.

Cumplimiento de normas de privacidad y seguridad: Garantizar que se sigan to-

das las regulaciones y protocolos de seguridad y privacidad de la información médica al manejar y transmitir las imágenes.

Educación y orientación al paciente: Proporcionar instrucciones al paciente sobre cómo colaborar durante el procedimiento y asegurarse de que se sienta cómodo y seguro.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en radiodiagnóstico juega un papel esencial en la implementación exitosa de la telerradiología de columna. Su contribución es vital en la adquisición, transmisión y análisis de imágenes radiográficas de la columna vertebral a través de sistemas de comunicación remota. Desde la preparación y operación del equipo hasta la verificación de la calidad de las imágenes, el técnico garantiza un proceso eficiente.

Colabora estrechamente con el equipo de salud, asegurando una comunicación efectiva y una atención óptima al paciente. Además, se adhiere rigurosamente a las normativas de privacidad y seguridad de la información médica, protegiendo la confidencialidad de los datos. La orientación al paciente es una parte crucial de su labor, asegurando que se sienta cómodo y seguro durante el procedimiento.

El técnico en radiodiagnóstico desempeña un rol crítico en la telerradiología de columna, garantizando la obtención de imágenes de alta calidad que respalden la atención médica del paciente, mientras cumple con las regulaciones y proporciona un servicio seguro y cómodo. Su experiencia y dedicación son fundamentales para el éxito de este proceso.

6 Bibliografía

- 1.Romagnoli C. Teleradiology in Spine Surgery: A Systematic Review. Global Spine Journal 2020. <https://doi.org/10.1177/2192568220940716>.
- 2.Lopez DM. Evaluation of a Telemedicine Training Course in Physical Medicine and Rehabilitation for Rural Health Workers. 2019.
- 3.Bhattacharyya T. The Global Spine Care Initiative: The Role of Telemedicine in Providing Spine Care on a Global Scale. European Spine Journal 2018. <https://doi.org/10.1007/s00586-018-5674-3>.
- 4.Lippi G, Plebani M. A Six-Sigma approach for comparing diagnostic errors in

healthcare—where does laboratory medicine stand? *Ann Transl Med* 2018;6:180-180. <https://doi.org/10.21037/atm.2018.04.02>.

Capítulo 388

PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES NOSOCOMIALES EN EL ÁMBITO SANITARIO

TAMARA ESTUDILLOS IGLESIAS

1 Introducción

Las infecciones intrahospitalarias o nosocomiales son procesos infecciosos transmisibles que se presentan después de las primeras 48 a 72 horas de hospitalización y que no estaban en periodo de incubación, ni se manifiestan hasta 72 horas después del alta. Pueden afectar también a familiares y personal del hospital. Estos últimos se encuentran en riesgo de adquirir infecciones nosocomiales. Se consideran una importante causa de mortalidad en el mundo. Estas infecciones son normalmente ocasionadas por bacterias resistentes. Debemos utilizar unos procedimientos y cuidados evitando su propagación y logrando curar al paciente. Según la OMS “son aquellas infecciones que el paciente contrae durante la estancia hospitalaria o en otro centro sanitario mientras recibe un tratamiento, y cuya infección no presentaba a su ingreso.”

Se utilizan antibióticos, técnicas diagnósticas y terapéuticas, para lograr bajar la incidencia de estas infecciones. Debemos de tener cuidado con los antibióticos, ya que el abuso de ellos y el utilizarlos de una manera inadecuada puede llegar a:

- Complicar el diagnóstico
- Hacer un efecto del tratamiento inadecuado
- Provocar resistencia microbiana

Existen guías de práctica clínica que tratan medidas para llevar a cabo unos cuidados de calidad al paciente asegurando la seguridad clínica y minimizando el riesgo de contraer estas infecciones. El personal sanitario debe de estar en continua formación, actualizando conocimientos, realizando revisión de los protocolos, etc.

Todo establecimiento de salud requiere de un sistema de vigilancia de control de infecciones.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Describir la importancia que tiene la prevención para el tratamiento de las infecciones nosocomiales en el ambiente hospitalario

3 Metodología

Para la revisión de este capítulo he realizado una revisión bibliográfica de libros, artículos y resúmenes encontrados a través de la búsqueda de datos, donde he seleccionado los más adecuados para este tema a tratar. Utilizando como descriptor infecciones nosocomiales hospitalarias.

4 Resultados

Los hospitales son el principal reservorio de las infecciones nosocomiales, esto se debe a los procedimientos invasivos a los que están sometidos los pacientes.

Estas infecciones se presentan principalmente:

- En la sangre
- En las quirófanos: Por hongos o bacterias que son resistentes a los productos de desinfección.
- En las vías urinarias: Suelen ser por uso de sondas.
- En las vías pulmonares: Suelen ser neumonías.

Hay una mayor incidencia de casos en:

- Las unidades de cuidados intensivos
- El quirófano
- Unidades quirúrgicas

Las infecciones nosocomiales son causadas por agentes como:

- Rotavirus: Afecta en mayor número a prematuros y niños con enfermedades crónicas cardíacas o pulmonares. Se transmite por las heces de pacientes hospitalizados.
- Varicela zoster: Afecta a inmuno-comprometidos, pacientes y personal no vacunado. Se transmite de persona a persona a contacto con las manos en las ampollas del infectado, también puede ser a través de su saliva o flujos nasales.
- Tuberculosis: Afecta a los familiares de pacientes infectados y a veces los niños. Se transmiten por el aire.

Dependiendo de la vía de transmisión de las enfermedades nosocomiales debemos seguir unas recomendaciones u otras:

- Por contacto: Debemos de mantener al paciente aislado y utilizar guantes y bata al entrar en la habitación.
- Por el aire: El paciente debe de estar en aislamiento (con ventilación con extracción de aire) y todos utilizar mascarilla al entrar en la habitación.

Estudios demuestran que la transmisión por contacto es el modo de contagio más frecuente de las infecciones nosocomiales. Pueden transmitirse:

- Por contacto directo: El microorganismo se transmite de una persona infectada a otra.
- Por contacto indirecto: El microorganismo se transmite a través de un objeto o de las manos contaminadas del personal sanitario.

Ante la sospecha de una infección debemos seguir las siguientes recomendaciones:

- Transmisión persona a persona: aislamiento del paciente y uso de barreras.
- Transmisión por las manos: estricto lavado de manos y seguimiento de casos.
- Transmisión por aire: aislamiento de pacientes y mejora de la ventilación.
- Transmisión por agua: revisar sistema de abastecimiento y almacenamiento de agua
- Transmisión por alimentos: revisar el proceso de preparación de alimentos y desechar los alimentos de mayor riesgo.

5 Discusión-Conclusión

Para prevenir las enfermedades nosocomiales debemos realizar estas tareas:

- Lavado de manos.
- Utilizar guantes y realizar el lavado de manos.
- Realizar estrategias de aislamiento.
- Esterilizar y desinfectar el material que se vaya a utilizar con cada paciente, la habitación antes de la entrada de cada uno de ellos, etc.

- Lavado de ropa.
- Protección de pacientes en nutrición y vacunación.
- Control de infecciones y brotes.
- Prevenir la infección del personal sanitario
- Higiene personal.
- Utilizar el personal sanitario ropa protectora: batas, zapatos, mascarillas, guantes, gorros especiales, etc.

La higiene de manos es muy importante para prevenir la transmisión de estas infecciones. Se considera el método de asepsia más efectivo y de mayor importancia para su prevención. Debemos realizar esta tarea ante estas 5 ocasiones:

- Antes de tocar al paciente.
- Después de tocar al paciente.
- Antes y después de tratar una herida.
- Después del riesgo de exposición a líquidos corporales.
- Después del contacto con el entorno del paciente.

Técnica para la higiene de manos:

- Mojarse las manos
- Aplicar jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos
- Frotarse las palmas de las manos entre sí
- Frotarse la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda, entrelazando los dedos y al revés
- Frotarse las palmas de las manos entre sí, entrelazando los dedos
- Frotarse el dorso de los dedos de una mano contra la palma de la otra, con los dedos unidos
- Redondear el pulgar izquierdo con la palma de la mano derecha, frotándolo con un movimiento de rotación y al revés
- Enjuagarse las manos
- Secarse las manos
- Cerrar el grifo con el papel que hemos utilizado para secarnos

Además de la higiene de manos, también se está utilizando como medida de prevención primaria la sustitución de materiales reutilizables por accesorios de un solo uso para así evitar contagios.

6 Bibliografía

Infecciones intrahospitalarias (scielo.org.bo)

PREVENCINDELASINFECCIONESNOSOCOMIALES.pdf (congresosfnn.com)

Epidemiología general de las infecciones nosocomiales. Sistemas y programas de vigilancia | Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (elsevier.es)

Lavado higiénico de manos | Hospital Santos Reyes de Aranda de Duero (salud-castillayleon.es)

Capítulo 389

TÉCNICO EN ANATOMÍA PATOLÓGICA DENTRO DEL BIOBANCO

MARTA VILLA VILLAHERMOSA

MARÍA DOLORES MARTÍNEZ TORRES

RUBÉN VELA VELA

ROSA MARÍA TINAJO OLMEDO

BEATRIZ HERRANZ DEL OLMO

1 Introducción

Según la Ley de Investigación Biomédica (Ley 14/2007 de 3 de Julio) se puede definir un biobanco como un establecimiento público o privado, sin ánimo de lucro, que acoge una colección de muestras biológicas con fines diagnósticos o de investigación biomédica y organizado con criterios de calidad, orden y destino. Por lo tanto, los biobancos permiten la creación de una plataforma de apoyo a la investigación. Su finalidad es potenciar estudios acerca de los mecanismos básicos de múltiples enfermedades, lo que permitirá investigar terapias más eficaces contra ellas y reducir su mortalidad. La estructura de los biobancos en España depende, en su mayoría, de organismos públicos y generalmente las infraestructuras de los bancos de muestras están adscritas a centros médicos o universidades.

Los tipos de muestras que almacena un biobanco pueden ser muy variadas, pero destacan las siguientes: muestras sólidas tumorales, tejido neurológico, colección de fluidos (sangre, plasma, orina, suero), ADN, ARN, banco de huesos, ojos, etc. Los biobancos hospitalarios albergan todo tipo de muestras recogidas en el hospital al que están vinculados, es habitual que se posean colecciones distintas. El técnico en anatomía patológica puede llevar a cabo múltiples tareas a la hora de desempeñar su labor en un biobanco: colección en laboratorio, procesado de casos, almacenamiento, recepción del pedido, procesado del tejido, cesión de muestras, etc. (1).

2 Objetivos

Dar a conocer e indicar la importancia y funciones del técnico en anatomía patológica en el biobanco y sus funciones

3 Metodología

Para el desarrollo de este capítulo, se ha procedido a una investigación que consiste en una revisión bibliográfica sobre publicaciones existentes. Se ha realizado una búsqueda de libros, artículos, revistas en algunas bases de datos (Google académico), seleccionando información procedente de documentos científicos revisados.

4 Resultados

La finalidad del biobanco es permitir la utilización de las muestras biológicas almacenadas, es por ello que el técnico en anatomía patológica debe registrar y conservar de forma adecuada todas las muestras que llegan (tanto en parafina como congeladas) después de su obtención.

Los biobancos pueden contener, entre otras y según su finalidad, muestras biológicas de pacientes con una determinada enfermedad, recoger muestras de amplias poblaciones, o ser recogidas para un determinado tipo de estudio en diferentes patologías. Es por ello que el técnico debe tener en cuenta que toda muestra almacenada en el biobanco debe tener su consentimiento firmado (tanto por el paciente que de forma altruista cede parte de tejido u órgano suyo como por el personal del biobanco) En todo caso, la característica común es que las muestras se almacenan para poder realizar estudios en el futuro.

Es importante tener controlada la programación de quirófanos en el caso de que se trabaje en un ámbito hospitalario, ya que es recomendable antes de la intervención, acudir para hablar con el personal que se va a desempeñar la operación y recordarles que envíen la muestra para biobanco.

En el caso concreto del banco de tejidos neurológicos, el técnico realiza tareas como apertura de calota mediante sierra eléctrica como corte en columna vertebral para disección de médula espinal entre otras funciones en las que debe haber recibido formación, ya que es una labor de cierta complejidad. (2).

También requiere el técnico que realice funciones de auxiliar administrativo en momento de su jornada laboral, ya que documentación que hay que llevar al día y pendiente de que otros centros manden las correspondientes solicitudes bien cumplimentadas es una labor tediosa y que requiere mucho tiempo que emplear.

5 Discusión-Conclusión

El técnico que trabaja en un biobanco debe ser alguien que sea capaz de solucionar inconvenientes de forma rápida y controlada, ya que hay momentos en los que surgen prisas por hacer cualquier tipo de desempeño (envío de membrana amniótica a otro centro hospitalario con urgencia y preparar tanto embalaje como condiciones idóneas de refrigeración).

Hoy en día, en la mayoría de los casos, las condiciones de trabajo no son las adecuadas, ya que los contratos laborales de técnico son de corta duración y suele instaurarse cierta incertidumbre sobre si continuar o no en su puesto.

Al ser tan multidisciplinar, ya que hay que estar pendiente de hacer muchas tareas, es un puesto que requiere concentración, determinación y también don de gente porque se trata con personas que son necesarias para que un biobanco sea de total provecho, ya sean cirujanos, residentes, familiares, administrativos, celadores, etc.

6 Bibliografía

1. Modelo de análisis de costes para biobancos [Internet] [citado año 2012]. Disponible en: <https://redbiobancos.es/wp-content/uploads/modelo-analisiscostes-biobancos.pdf>.
2. Estudios a partir de muestras biológicas almacenadas en biobancos [Internet] [citado año 2010]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Ines-Galende/publication/281291415_Galende_Dominguez_I_825

Estudios_a_partir_de_muestras_biologicas_almacenadas_en_biobancos/
links/55e0467808ae6abe6e87a022/Galende-Dominguez-I-Estudios-a-partirde-
muestras-biologicas-almacenadas-en-biobancos.pdf.

3. Biobanca: strumentazione, personale e analisi dei costi [Internet] [citado año 2008]. Disponible en: <http://www.tissuebank.it/publicazioni/barbareschi1.pdf>.

Capítulo 390

EL TÉCNICO DE ANATOMIA PATOLÓGICA Y SUS FUNCIONES CON LAS MUESTRAS DE LAS CITOLOGÍAS GINECOLÓGICAS

MARTA VILLA VILLAHERMOSA

MARÍA DOLORES MARTÍNEZ TORRES

RUBÉN VELA VELA

ROSA MARÍA TINAJO OLMEDO

BEATRIZ HERRANZ DEL OLMO

1 Introducción

La citología es un estudio de células individuales, cuyo propósito es identificar anomalías morfológicas de las células analizadas, resultantes de la exfoliación de la superficie epitelial, fluidos corporales u obtenidas por aspiración con aguja. La citología ginecológica examina las células cervicales exfoliadas y ha sido durante muchos años el principal método de detección del cáncer de cuello uterino, ampliamente reconocido en los programas de control y prevención del cáncer como una prueba para reducir la incidencia y la mortalidad del cáncer de cuello uterino. Una prueba de Papanicolaou, también conocida como prueba de Papanicolaou, es una prueba que se realiza durante un examen ginecológico anual. Esta es una prueba que todas las mujeres deben pasar para detectar y prevenir enfermedades.

La citología es una prueba que se utiliza para diagnosticar lesiones precancerosas o cancerosas del cuello uterino e identificar infecciones que pueden ser causadas por bacterias, hongos o virus como el virus del papiloma humano (VPH), una de las enfermedades de transmisión sexual más comunes. La citología es una prueba indolora y muy sencilla que dura 5 minutos y suele formar parte de un examen ginecológico. La citología ginecológica es una de las principales pruebas en la prevención del cáncer de cuello uterino porque permite detectar oportunamente anomalías del cuello uterino, diagnosticando así este tipo de cáncer en estadios tempranos.

2 Objetivos

- Exponer la importancia que tiene hoy en día, realizarse revisiones ginecológicas cada cierto tiempo.
- Explicar en que consiste el procedimiento que se lleva a cabo en el laboratorio de Anatomía Patológica, para llegar a tener el resultado de la citología ginecológica.

3 Metodología

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

4 Resultados

Después de que se realiza la prueba de frotis cervical durante la consulta con el ginecólogo, se aplicará un fijador llamado Citospray en el portaobjetos de muestra. Esto es para mantener los detalles morfológicos de las células lo más cerca posible de las células del tejido vivo. Esta muestra debe estar correctamente identificada con los datos del paciente.

(nombre, número de historial...) entonces el formulario debe ser enviado a laboratorio de patología. El laboratorio prepara la muestra y realiza la tinción citológica, que incluye los siguientes pasos:

- El primer paso es registrar la muestra, marcarla con el número correspondiente y sumergirla varias veces en alcohol al 96% antes de teñirla. - Sumergir en alco-

hol 80%, alcohol 70%, alcohol 50% y agua por turnos durante 1 minuto por cada líquido. - Punto con solución de hematoxilina de Harris durante unos 5 minutos. - Sumergir en agua 6 veces en 1 segundo. - Sumergir en solución de ácido clorhídrico al 0,5% 8 veces durante 1 segundo. - Enjuagar con agua corriente durante 5 minutos y someter la muestra a alcohol de los siguientes grados: 50%, 70%, 80% y 96% durante 30 segundos cada uno. - Aplicar la solución de Papanicolaou OG 6 durante 1-1,5 minutos. - Lave el exceso de tinte en dos baños con etanol al 96%, remoje la composición dos veces, cada vez durante 3-4 segundos. - Puntear con Papanicolaou EA 50 durante 1,5-2 minutos. - Enjuague en 3 recipientes diferentes con etanol al 96% y remoje la preparación 2 veces en cada tanque durante unos 3-4 segundos. Enjuague en etanol absoluto durante 30 segundos. - Sumergir la preparación durante 4 minutos en un baño con xileno, una mezcla de isómeros y etanol absoluto (1:1). - Lavar con xileno, mezcla de isómeros, sumergir la preparación en el baño durante 3 minutos. - Montaje con medio de montaje. - Observación al microscopio

El resultado de la prueba de Papanicolaou mostrará uno de los siguientes resultados:

- Citología normal: las células analizadas son normales. No había signos de células atípicas. - ASCUS: existen células atípicas, pero no se ha determinado su significado. Te recomendamos completar la investigación y, si es necesario, aplicar el tratamiento, ya que estas células pueden ser secundarias a diferentes procesos. Esto sucede con afecciones infecciosas e inflamatorias del cuello uterino, virus del papiloma humano (VPH), lesiones precancerosas y más. Incluso si se resuelve solo o durante el tratamiento, se debe continuar con el control citológico. - CIN o displasia cervical: las células atípicas con lesiones precancerosas pueden ser de dos tipos:

Displasia CIN o LSIL de bajo grado: con menor riesgo de desarrollar cáncer de cérvix. Displasia CIN o HSIL de alto grado: existe un mayor riesgo de cáncer de cuello uterino.

5 Discusión-Conclusión

El cáncer de cuello uterino sigue siendo uno de los cánceres más comunes en las mujeres. Este estudio proporciona información importante para la toma de decisiones y la implementación de nuevas medidas o estrategias que se están desarrollando para reducir la mortalidad por este tipo de cáncer. Actualmente, la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino ha disminuido significativamente con el uso creciente de pruebas de citología cervical. Esta prueba puede detectar

cambios en el cuello uterino antes de que se desarrolle el cáncer. También puede detectar el cáncer de cuello uterino en forma temprana cuando es pequeño y más fácil de tratar. En los últimos años, la prueba del VPH ha sido aprobada como otra prueba de detección del cáncer de cuello uterino, ya que casi todos los casos son causados por el VPH (virus del papiloma humano). La prueba de VPH está diseñada para detectar infecciones con tipos de VPH de alto riesgo que tienen más probabilidades de convertirse en cáncer y afecciones precancerosas de cuello uterino. La prueba de VPH se puede usar sola (prueba primaria de VPH) o junto con la prueba de Papanicolaou (prueba general).

6 Bibliografía

- Schulte, E. K. W. (1 de febrero de 1991). «Standardization of biological dyes and stains: pitfalls and possibilities». *Histochemistry* (en inglés) 95 (4): 319-328. ISSN 1432-119X. doi:10.1007/BF00266958.
- Gill, Gary W. (2013). Gill, Gary W., ed. *Cytopreparation: Principles & Practice. Essentials in Cytopathology* (en inglés). Springer. pp. 143-189. ISBN 978-1-4614-4933-1. doi:10.1007/978-1-4614-4933-1_10.
- Chantziantoniou, Nikolaos; Donnelly, Amber D.; Mukherjee, Maheswari; Boon, Mathilde E.; Austin, R. Marshall (2017). «Inception and Development of the Papanicolaou Stain Method». *Acta Cytologica* (en inglés) 61 (4-5): 266-280. ISSN 0001-5547. PMID 28384641. doi:10.1159/000457827.
- Kumar, Vinay, 1944-; Abbas, Abul K.; Aster, Jon C.; Robbins, Stanley L. (Stanley Leonard), 1915-2003. (2013). *Robbins basic pathology* (9th ed edición). Elsevier/Saunders. p. 910. ISBN 1-4377-1781-0. OCLC 759916378.
- Carleton, H. M. (Harry Montgomerie); Wallington, E. A. (1980). *Carleton's Histological technique*. (5th ed. edición). Oxford University Press. p. 520. ISBN 0-19-261310-3. OCLC 6194502.

Capítulo 391

FORMA DE IDENTIFICAR LAS FIBRAS MADURAS DE COLÁGENO POR PARTE DEL EQUIPO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

MARTA VILLA VILLAHERMOSA

MARÍA DOLORES MARTÍNEZ TORRES

RUBÉN VELA VELA

ROSA MARÍA TINAJO OLMEDO

BEATRIZ HERRANZ DEL OLMO

1 Introducción

Entre las funciones del técnico de anatomía patológica en el laboratorio, se encuentran las de realizar las tinciones de los cortes obtenidos de las distintas muestras, según proceda en cada caso. Un tipo de tinción es la de Hematoxilina ácida fosfotúngstica (PTAH).

Este tipo de tinción se utiliza para identificar las fibras maduras de colágeno y las estriaciones del músculo esquelético presentes en el músculo sano, ya que en algunas patologías tienden a desaparecer; también se utiliza para detectar depósitos de fibrina en lesiones y para facilitar una mejor visualización de los elementos que componen el sistema nervioso central (SNC).

Dicha tinción tiñe los ependimomas (tumor primario del SNC) pero no tiñe los papilomas del plexo coroideo (tumor de crecimiento lento, generalmente benigno, que puede provocar hidrocefalia), por lo que se puede utilizar para diferenciar estos tipos de tumores.

Con esta tinción se obtienen cortes teñidos con un contraste similar al de la tinción con Hematoxilina-Eosina, debido a que el ácido fosfotúngstico se une a las proteínas tisulares. El tungsteno es un acidificante que sirve de agente mordiente, uniéndose a las fibras de colágeno y fibras musculares y, por tanto, uniéndose a la hemateína y tiñendo de color azul las estructuras del tejido que la contienen.

2 Objetivos

- Definir en qué consiste la tinción de Hematoxilina ácida fosfotúngstica.
- Explicar los pasos a seguir por parte del técnico para la realización de dicha tinción.
- Describir las coloraciones que debe obtener cada tipo de estructura de la muestra teñida.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para la realización de la tinción, una vez obtenidos los cortes de tejido en el micrótopo y fijados en el portaobjetos, hay que seguir los siguientes pasos:

- 1) Desparafinar la muestra.
- 2) Hidratar la muestra.
- 3) Añadir permanganato potásico al 0,5% y dejarlo actuar durante 5 minutos.
- 4) Lavar con agua destilada.
- 5) Añadir ácido oxálico al 5% y dejar actuar durante 1 minuto.
- 6) Lavar con agua corriente.
- 7) Añadir hematoxilina fosfotúngstica, bien a una temperatura de 60°C durante

3 horas (dejando enfriar en la misma solución), o bien dejar actuar a temperatura ambiente durante 24 horas.

8) Deshidratar la muestra rápidamente, ya que los componentes teñidos de rojo pierden intensidad si se hacen lavados muy largos en alcohol, y montar.

Las estructuras obtendrán colores distintos como:

- El colágeno se observa de color rojizo a marrón.
- Los núcleos se observan de color azul.
- El musculo se debe observar de color azul con las estriaciones bien diferenciadas.
- La fibrina se observa azul.
- El cartílago se observa de color rojo.
- Las fibras de mielina se observan de color azul oscuro.
- La matriz ósea se observa de color rojizo.

Los reactivos utilizados para realizar esta tinción son los siguientes:

- Para obtener ácido oxálico al 5%, se debe realizar una preparación en la que se añade por cada 95 ml de agua destilada, 5 ml de ácido oxálico.
- Para obtener permanganato potásico al 0,5%, se realiza una preparación añadiendo por cada 1000 ml de agua destilada, 5 gramos de permanganato potásico.
- Para obtener hematoxilina ácida fosfotúngstica, se añaden por cada 1000 ml de agua destilada, 1 gramo de hematoxilina y 20 gramos de ácido fosfotúngstico. La hematoxilina se debe disolver en caliente en primer lugar, y cuando se enfríe se disuelve el ácido fosfotúngstico en la mezcla. Dicha mezcla debe dejarse reposar aproximadamente un mes, o si no se dispone de tiempo, se puede añadir 200 mg de permanganato potásico para poder utilizar al momento.

5 Discusión-Conclusión

La tinción de hematoxilina ácida fosfotúngstica es una técnica policrómica, debido a que, utilizando una sola solución, se pueden teñir diferentes estructuras del tejido con dos colores diferentes.

Es una tinción que requiere tiempos muy prolongados de actuación de algunos colorantes o a temperaturas específicas, por lo que un error puede suponer un problema o un retraso en el diagnóstico, por ello, es muy importante la presencia en el laboratorio de unos protocolos claros y una correcta ejecución de todos los pasos por parte del técnico de anatomía patológica, además de asegurarse de que el corte de tejido está correctamente realizado y también la fijación de la muestra al portaobjetos.

6 Bibliografía

1. <https://www.cancer.gov/rare-brain-spine-tumor/espanol/tumores/ependimoma>
2. <https://www.histoline.com/es/01hpta500>
3. Protocolo de técnicas del hospital de Guadalajara
4. <https://healthlibrary.brighamandwomens.org/spanish/diseasesconditions/adult/134,525es#:text=El%20papiloma%20de%20plexo%20coroideo%20es%20un%20tumor%20de%20crecimiento,curar%20este%20tipo%20de%20tumor>
5. <https://hmong.es/wiki/PTAH>
6. <https://www.histoline.com/es/01hpta100t>

Capítulo 392

EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y EL ESTUDIO DE LA ALTERACIÓN LEUCOCITARIA: DIAGNÓSTICO

ISABEL DELGADO GONZALEZ

ISAAC JAVIER LORENZO GARCÍA

CRISTINA ALARCÓN CÁMARA

ANTONIO JESÚS ROJAS BARRIONUEVO

EVELIA CUÉLLAR MERINO

1 Introducción

Los leucocitos, también llamados glóbulos blancos, son un componente fundamental del sistema inmunológico del cuerpo humano. Estas células sanguíneas desempeñan un papel importante en la protección del cuerpo contra infecciones, enfermedades y otros patógenos. Las pruebas y el diagnóstico de enfermedades leucocitarias son esenciales en la práctica médica, ya que proporcionan información valiosa sobre el estado de salud y la respuesta inmune de una persona.

Los glóbulos blancos se producen en la médula ósea y se distribuyen por todo el cuerpo a través del torrente sanguíneo y los tejidos. Estas células vienen en muchas formas y tipos, cada una con una función específica en la respuesta inmune. Por ejemplo, los neutrófilos son expertos en combatir infecciones bacte-

rianas, mientras que los linfocitos desempeñan un papel importante en la inmunidad adaptativa.

El propósito de esta investigación es profundizar la investigación sobre las enfermedades leucocitarias y su diagnóstico en la práctica clínica. Examinaremos las causas de los cambios en los glóbulos blancos, sus mecanismos subyacentes y las pruebas utilizadas para detectarlos. Además, exploraremos la importancia clínica de este diagnóstico para identificar la enfermedad subyacente e implementar el tratamiento adecuado.

Este estudio destaca la importancia de comprender los cambios leucocitarios desde la perspectiva de la inmunología y la medicina clínica, contribuyendo a una atención médica más precisa y eficaz. Además, se destaca la investigación en curso en esta área y su potencial para mejorar aún más la atención médica y el bienestar del paciente.

2 Objetivos

Los objetivos son:

- Comprender la importancia de los leucocitos en la respuesta inmunológica.
- Analizar las causas y los mecanismos de las alteraciones leucocitarias.
- Explorar las diferentes pruebas y análisis clínicos utilizados para diagnosticar alteraciones leucocitarias.
- Evaluar la importancia clínica de identificar y tratar las alteraciones leucocitarias en diversas condiciones médicas.

3 Metodología

La información para este trabajo se obtendrá a través de una revisión exhaustiva de la literatura científica y médica disponible en bases de datos especializadas y recursos académicos confiables. Se utilizarán libros de medicina, artículos científicos, pautas clínicas y documentos de referencia emitidos por instituciones médicas reconocidas.

La información se organizará de manera sistemática, centrándose en los aspectos clave de las alteraciones leucocitarias y los métodos utilizados para su diagnóstico. Se destacarán ejemplos de trastornos específicos asociados con alteraciones leucocitarias, así como las implicaciones clínicas de estos hallazgos.

4 Resultados

Al estudiar las enfermedades leucocitarias y su diagnóstico, es importante comprender las posibles consecuencias de las pruebas realizadas y los análisis clínicos. A continuación se presentan resultados más detallados sobre las anomalías de los glóbulos blancos y su impacto en diversas enfermedades médicas.

1. Leucocitosis:

La leucocitosis es una enfermedad caracterizada por un mayor número de glóbulos blancos. sangre. Hay muchas causas, pero la infección bacteriana es una de las más comunes. Un ejemplo de infección que puede causar leucocitosis es la apendicitis aguda. Cuando el apéndice se inflama debido a una infección bacteriana, el cuerpo responde aumentando la producción de glóbulos blancos, especialmente neutrófilos, como parte de la respuesta inmune. Un hemograma completo revela un aumento del recuento de glóbulos blancos, lo que puede ser un indicador importante para la detección temprana y el tratamiento de la apendicitis.

2. Leucopenia:

La leucopenia se refiere a una disminución en la cantidad de glóbulos blancos en la sangre y puede debilitar significativamente la capacidad del cuerpo para combatir infecciones. El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un ejemplo de una enfermedad que puede causar leucopenia al atacar y destruir los linfocitos CD4, una parte importante del sistema inmunológico. Como resultado, los pacientes con VIH se vuelven leucopénicos y más susceptibles a infecciones oportunistas. Un recuento bajo de glóbulos blancos durante los análisis de sangre de rutina puede indicar la progresión de la enfermedad y la necesidad de intervención médica o terapia antirretroviral.

3. Leucemia:

La leucemia es un tipo de cáncer que afecta la médula ósea y se caracteriza por el crecimiento descontrolado de células sanguíneas anormales, incluidos los glóbulos blancos. Los resultados de los análisis de sangre de personas con leucemia a menudo muestran un mayor número de glóbulos blancos inmaduros llamados blastos. Este es un signo importante en el diagnóstico de leucemia. Las técnicas de citometría de flujo y citogenética se utilizan para evaluar las propiedades específicas de las células cancerosas. El diagnóstico temprano y preciso de la leucemia es muy importante para determinar el tipo de leucemia y planificar el tratamiento.

4. Enfermedades autoinmunes:

En las enfermedades autoinmunes, como el lupus eritematoso sistémico (LES), el

cuerpo produce anticuerpos que atacan sus propios tejidos, incluidos los glóbulos blancos. Los resultados de los análisis de sangre para pacientes con LES pueden mostrar niveles reducidos de varios tipos de glóbulos blancos, incluidos los linfocitos. Esto puede aumentar el riesgo de infecciones y complicaciones autoinmunes. El diagnóstico de LES implica la evaluación de varios parámetros, como la presencia de anticuerpos antinucleares (ANA) y otros marcadores autoinmunes en el suero.

5.Respuesta al tratamiento:

Al monitorear a pacientes con enfermedades como leucemia o enfermedades autoinmunes, los análisis de sangre periódicos son esenciales para evaluar la respuesta al tratamiento. Una disminución en la cantidad de células cancerosas o una mejora en el recuento de glóbulos blancos puede indicar que el tratamiento está funcionando. Esta información es importante para ajustar los planes de tratamiento y brindar la mejor atención posible a los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, la investigación sobre las enfermedades leucocitarias y su diagnóstico desempeña un papel importante. Los resultados de las pruebas de laboratorio relacionadas con los glóbulos blancos brindan información valiosa para la identificación, tratamiento y seguimiento de diversas enfermedades. La leucocitosis, un aumento de glóbulos blancos, puede ser un indicador importante de una infección bacteriana o una respuesta inflamatoria. Por otro lado, la leucopenia, una disminución en el número de glóbulos blancos, afecta la capacidad del cuerpo para combatir infecciones y puede ser un signo de enfermedades como el VIH.

Además, las enfermedades de la sangre como la leucemia a menudo se diagnostican mediante análisis de sangre que muestran un mayor número de blastos inmaduros en la sangre periférica. Estos resultados son muy importantes para determinar el tipo de leucemia y planificar el tratamiento adecuado. Las enfermedades autoinmunes como el lupus también pueden afectar el recuento de glóbulos blancos y se caracterizan por la presencia de anticuerpos autoinmunes en el suero. El seguimiento de estos marcadores es fundamental para el diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades. Además, es importante monitorear la respuesta al tratamiento mediante análisis de sangre para ajustar los planes de tratamiento y brindar la atención más efectiva a los pacientes.

Después de todo, el estudio de las enfermedades leucocitarias y su diagnóstico es

una parte esencial de la medicina moderna. La investigación continua y las mejoras en las técnicas de prueba en este campo seguirán contribuyendo a una atención médica más precisa y un mejor pronóstico para los pacientes que enfrentan diversas enfermedades relacionadas con los leucocitos. Comprender estos resultados es fundamental para los profesionales de la salud que buscan brindar la mejor atención posible a sus pacientes.

6 Bibliografía

- 1.<https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/formula-leucocitaria/>
- 2.<https://www.labtestsonline.es/tests/formula-leucocitaria>
- 3.<https://www.msdmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-sangre/trastornos-de-los-gl%C3%B3bulos-blancos-leucocitos/introducci%C3%B3n-a-los-trastornos-de-los-gl%C3%B3bulos-blancos-leucocitos>
- 4.<https://hematologa.com/alteraciones-analiticas/alteracion-globulos-blancos/>

Capítulo 393

PROTOCOLO CLÍNICO EN FARINGOAMIGDALITIS.

MARTA CRUZ QUESADA

VANESSA SERRANO LOMA

CRISTINA ARÉVALO MAÑAS

ÁNGELA ESCRIBANO CUARTEROS

INÉS SANCHEZ DE ROJAS DE PEDRO

1 Introducción

La faringoamigdalitis aguda es un proceso inflamatorio con cuadro febril que ocasiona la inflamación de las amígdalas, la mucosa nasal y el paladar blando, entre otros. Esta infección puede ocasionar, además de la sintomatología asociada, fiebre, aumento del tamaño de las amígdalas, entre otra variedad de síntomas, también puede producir eritema, edema, úlceras o vesículas.

Esta afectación es muy frecuente en pediatría, concretamente en niños entre 5 y los 15 años de edad, siendo mucho menos frecuente en personas mayores de 18 a 20 años de edad. La enfermedad puede estar ocasionada bien por un virus (como el resfriado común), o bien por una bacteria (como el *Streptococcus pyogenes*).

Normalmente, es difícil diferenciar el causante de la infección, si es un virus o una bacteria, pero gracias a la prueba rápida de detección del antígeno del Strep-

tococcus, que tiene un 95-98% de sensibilidad ante el resultado (como el Strep A, de CerTest BIOTEC, por ejemplo), podemos descartar una causa u otra.

Dependiendo de la causa de la afección (virus o bacteria) se prescribe un tratamiento u otro, puesto que puede ocasionar complicaciones tales como absceso periamigdalino, retrofaríngeo, otitis media y sinusitis, que llegan a supurar, o fiebre reumática, glomerulonefritis entre otras, que no llegan a supurar.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la faringoamigdalitis.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 diferenciar los síntomas de la faringoamigdalitis vírica o bacteriana, podemos observar los siguientes síntomas:

- Cuando se trata de una infección vírica, puede ocasionar síntomas tales como molestia al deglutir, fiebre, dolor articular o dolores musculares, dolor de garganta o ganglios linfáticos inflamados y sensibles en el cuello.
- Cuando se trata de una afección bacteriana, puede ocasionar síntomas tales como inicio brusco de la enfermedad con fiebre alta (entre 38 y 39 °C), dolor intenso de la faringe, ganglios dolorosos y de gran tamaño en el cuello, pus en las amígdalas o masas rojas en el paladar blando.

Entre varias pruebas diagnósticas, la más frecuente, que se suele hacer en el laboratorio, concretamente en el departamento de microbiología, es la prueba antigénica rápida del Streptococcus A, aunque también puede realizarse el cultivo faríngeo, dependiendo de las peticiones del facultativo especialista.

Esta prueba rápida tarda entre 15-30 minutos en dar un resultado, está basado

en la extracción del ácido nitroso del antígeno del carbohidrato del estreptococo beta hemolítico del grupo A, a partir de la muestra obtenida en el exudado faríngeo mediante torunda. Con este método, también conoceremos si la causa es bacteriana (*Streptococcus A*) o, en caso de ser negativa, es una infección vírica.

Hay ocasiones en que el facultativo solicita un cultivo faríngeo, que procederá a sembrarse en agar, sangre o columbia (COS) pero el inconveniente es que el cultivo tarda entre 24-48 h en poder observarse, resultado que, para el paciente, no es una solución rápida para su afección.

El tratamiento para dicha enfermedad depende, como hemos comentado anteriormente, de si es por causa vírica o bacteriana. En caso de que sea vírica, suele resolverse en 3 o 4 días aproximadamente, mientras que, si la causa es bacteriana, su tratamiento se centra a base de antibióticos, puesto que, gracias a ellos, acorta la duración de los síntomas o previene la aparición de fiebre reumática, por ejemplo.

- Tratamiento en niños menores de 2 años de edad: No se utilizan antibióticos (salvo excepción, como es el caso de rinofaringitis estreptocócica).
- Tratamiento en niños de 2 a 5 años de edad: Solo se utiliza antibiótico en caso de sospecha grande conjunto con test o cultivo.
- Tratamiento en mayores 5 años de edad: paracetamol o ibuprofeno, en caso de no mejorar a los 2 o 3 días, se le hará el test rápido, si da positivo, se iniciará el tratamiento con antibiótico y si da negativo, se hará cultivo con posible tratamiento antibiótico, dependiendo del facultativo.

Por norma, el antibiótico más recetado en estos casos es la penicilina durante 10 días, como alternativa, se administraría amoxicilina. En caso de que no se cumpliera la prescripción médica, se utilizaría la penicilina Benzatina intramuscular.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, una vez explicado el protocolo, esta afectación (faringoamigdalitis aguda) es frecuente en niños de entre 5 y 15 años de edad, siendo menos frecuente en mayores de 18 años de edad.

Normalmente, el tratamiento dependerá si el agente patógeno es un virus o una bacteria. En caso de ser una bacteria, se utilizará antibióticos de manera controlada durante 10 días aproximadamente, siendo la penicilina el tratamiento oral por excelencia, siempre teniendo en cuenta excepciones como por ejemplo no

cumplir con el tratamiento prescrito por el médico especialista. En caso contrario, si el causante es un virus, la sintomatología se resuelve en unos días, habiendo aun así excepciones en las que, pasadas las 72 h, no haya mejoría evidente, pasando a utilizar antibiótico.

El hecho de utilizar o no antibiótico está muy controlado, cada vez más, debido al grave problema que supone que la ciudadanía será cada vez más resistente a los antibióticos debido a un mal uso por parte de estos. De esta forma, a no ser que sea estrictamente necesario, se evita dicho problema.

6 Bibliografía

1. CuidatePlus, R. (2021). Faringoamigdalitis. CuidatePlus.
2. Gil, D. C. M. (2022, 17 agosto). Faringoamigdalitis: como se produce, síntomas y tratamiento -CanalSALUD. Blog Salud MAPFRE. <https://www.salud.mapfre.es/enfermedades/otorrinolaringologicas/faringoamigdalitis/>.
3. Otero Pérez, L. (2023). Faringoamigdalitis aguda y sus complicaciones. SEIP. Sociedad Española de Infectología Pediátrica.
4. Aguado, J. M. (2007). Protocolos clínicos en enfermedades infecciosas.

Capítulo 394

EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y EL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO

ISABEL DELGADO GONZALEZ

ISAAC JAVIER LORENZO GARCÍA

CRISTINA ALARCÓN CÁMARA

ANTONIO JESÚS ROJAS BARRIONUEVO

EVELIA CUÉLLAR MERINO

1 Introducción

El síndrome antifosfolípido (SAF) es una afección médica misteriosa y compleja que siempre ha sido difícil tanto de comprender como de diagnosticar. En el siglo XXI, el SAF se ha vuelto cada vez más importante para la investigación médica debido a su notable capacidad para imitar una amplia gama de enfermedades y afectar múltiples sistemas del cuerpo humano. A pesar de su relativa rareza, el SAF se presenta de manera devastadora, con efectos que van desde trombosis venosa y arterial hasta complicaciones obstétricas y síntomas neurológicos graves.

La fascinación y el misterio que rodean al SAF radica en la compleja interacción entre el sistema inmunológico y el sistema circulatorio, impulsada por la presencia de anticuerpos antifosfolípidos. Aunque los primeros informes sobre los anticuerpos antifosfolípidos y su asociación con enfermedades trombóticas se

remontan a la década de 1950, comprender esta enfermedad autoinmune sigue siendo hoy en día un desafío continuo para la comunidad médica.

Este estudio pretende profundizar en el fascinante mundo del síndrome antifosfolípido y abordar su fisiopatología, sus manifestaciones clínicas, sus estrategias de diagnóstico y su manejo. La finalidad es proporcionar una visión integral y actualizada de esta compleja enfermedad y resaltar su relevancia clínica e importancia en la medicina moderna.

2 Objetivos

Los objetivos son:

- Analizar el papel del técnico de laboratorio en el procesamiento y análisis de muestras de sangre para detectar anticuerpos antifosfolípidos.
- Comprender cómo se realizan las pruebas de laboratorio específicas.
- Explorar los desafíos y consideraciones particulares que enfrenta el técnico de laboratorio.

3 Metodología

La información para este trabajo se recopila a través de una revisión exhaustiva de la literatura médica y científica actualizada, utilizando fuentes confiables y revistas médicas especializadas. Se incluirán estudios clínicos, guías de práctica clínica y revisiones sistemáticas relacionadas con el diagnóstico de SAF y la contribución del técnico de laboratorio en este proceso.

La metodología se centrará en la descripción de las pruebas de laboratorio específicas utilizadas para detectar anticuerpos antifosfolípidos, sus fundamentos y consideraciones técnicas. Se analizarán también los avances recientes en tecnología de laboratorio que han mejorado la precisión y la eficiencia en el diagnóstico del SAF.

4 Resultados

- Bases moleculares y la fisiopatología subyacente del síndrome antifosfolípido. Los anticuerpos antifosfolípidos, como los anticuerpos anticardiolipina y el anti-coagulante lúpico, son un sello distintivo del SAF. Estos anticuerpos interactúan

con las proteínas del sistema de coagulación y las membranas celulares, desencadenando una cascada de eventos que aumentan el riesgo de coagulación anormal. Se cree que la presencia de anticuerpos antifosfolípidos altera el control de la coagulación sanguínea y aumenta la tendencia a la formación de coágulos sanguíneos en arterias y venas.

-Análisis detallado de las manifestaciones clínicas del SAF.

El SAF puede manifestarse de diversas formas y los síntomas clínicos varían de un paciente a otro. Los síntomas clínicos más comunes incluyen:

-La trombosis venosa profunda (TVP) y la embolia pulmonar (EP) pueden causar dolor e hinchazón en las extremidades, dificultad para respirar y hemoptisis.

-Complicaciones obstétricas como abortos recurrentes, muerte fetal intrauterina y preeclampsia.

-Condiciones neurológicas que incluyen accidentes cerebrovasculares, convulsiones, migrañas, etc.

-Síntomas cutáneos como erupción reticular y úlceras cutáneas.

-Síntomas renales y cardíacos. Puede causar daños orgánicos y problemas a estos sistemas.

-Considerar criterios diagnósticos para identificar el SAF.

El diagnóstico de SAF se basa en la presencia de criterios clínicos y de laboratorio. Los criterios de laboratorio se centran en la prueba de anticoagulante lúpico o de anticuerpos antifosfolípidos que se realiza si los coágulos de sangre inesperados ocurren, por ejemplo, en personas jóvenes o en personas que no tienen otros factores de riesgo de coágulos de sangre. Mujeres que han sufrido abortos repetidos. La prueba de anticoagulación lúpica es una prueba de coagulación sanguínea.

-Evaluar la colaboración entre técnicos de laboratorio, médicos y otros profesionales de la salud en la interpretación de los resultados de las pruebas y el impacto de los resultados de las pruebas en el diagnóstico y tratamiento del SAF.

La colaboración multidisciplinaria es esencial para el diagnóstico y tratamiento del SAF. Los técnicos de laboratorio desempeñan un papel fundamental a la hora de proporcionar resultados de pruebas precisos que son fundamentales para confirmar un diagnóstico. Los médicos, reumatólogos y otros especialistas trabajan en estrecha colaboración para interpretar los resultados de las pruebas, evaluar los síntomas clínicos y desarrollar planes de tratamiento individualizados para los pacientes con APS. La colaboración eficaz garantiza un enfoque integral de la atención de los pacientes con esta compleja enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome antifosfolípido (SAF) es un enigma médico que desafía continuamente la comprensión y el diagnóstico en la práctica clínica. La fisiopatología del SAF causada por la presencia de anticuerpos antifosfolípidos resalta la compleja interacción entre los sistemas inmunológico y circulatorio. Esta interacción desencadena una cascada de eventos que aumenta el riesgo de trombosis venosa y arterial y una variedad de otras condiciones clínicas.

Los síntomas clínicos del SAF pueden afectar a casi todos los órganos o sistemas del cuerpo, lo que plantea desafíos para un diagnóstico temprano y preciso. Las pacientes pueden sufrir trombosis potencialmente mortales e incluso complicaciones obstétricas, que perjudican significativamente su calidad de vida.

Los criterios diagnósticos basados en los síntomas clínicos y las pruebas de laboratorio son fundamentales para confirmar el SAF. Interpretar los resultados de las pruebas y desarrollar un plan de tratamiento adecuado requiere la cooperación de técnicos de laboratorio, médicos y otros profesionales médicos.

En definitiva, el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado del SAF son muy importantes para prevenir complicaciones graves y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Es fundamental realizar más investigaciones en esta área para comprender mejor esta enfermedad y desarrollar tratamientos más eficaces.

La investigación de SAF es un recordatorio de la complejidad de las enfermedades autoinmunes y la necesidad de enfoques multidisciplinarios en la medicina moderna. La colaboración entre los profesionales médicos, incluidos los técnicos de laboratorio, es esencial para resolver este problema médico y brindar atención de calidad a los pacientes de APS.

6 Bibliografía

- 1.<https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/antiphospholipid-syndrome/symptoms-causes/syc-20355831#>
- 2.<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000547.htm>
- 3.https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/12_sind_antifosfolipido.pdf
- 4.<https://inforeuma.com/enfermedades-reumaticas/sindrome-antifosfolipido-saf/>

Capítulo 395

EL HIGIENISTA DENTAL ANTE LA PREVENCIÓN DE LA PERIODONTITIS

GEMMA SANCHEZ LOPEZ

FÁTIMA LÓPEZ GONZÁLEZ

SONIA GUIJARRO MORENO

NEREIDA CABEZAS BELTRÁN

FRANCISCA GONZÁLEZ BLESÁ

1 Introducción

Existen muchas enfermedades relacionadas con la salud bucal, pero una de las más comunes es la Periodontitis.

La Periodontitis es una enfermedad infecciosa e inflamatoria asociada a las encías que afecta a los tejidos blandos, ligamentos y huesos que sostienen los dientes. En ocasiones es tan agresiva que puede provocar la pérdida de piezas dentales. Aunque depende de diversos factores, suele estar en relación directa con la acumulación de sarro o tártaro sobre las superficies dentales.

Existe un estado previo a la Periodontitis, en el que el tejido óseo que rodea a las piezas dentales no está aún afectado, limitándose a una inflamación superficial de las encías: es la Gingivitis, donde se aprecia el enrojecimiento y el sangrado de las mismas, ya sea con el cepillado o también espontáneamente.

La boca está llena de bacterias. Estas bacterias, junto con el moco y otras partículas, forman de manera constante una “placa” pegajosa y sin color que se deposita sobre los dientes. El cepillado y el uso de la seda dental ayudan a eliminar esta placa. Cuando la placa no se elimina, puede endurecerse y convertirse en “sarro” o “tártaro”, que el cepillado no limpia. Solo una limpieza profesional hecha por un dentista o higienista dental puede eliminar el sarro.

Hay una serie de factores de riesgo que contribuyen a la enfermedad de las encías, pero el hábito de fumar es el más importante. El hábito de fumar también puede hacer que el tratamiento contra la enfermedad de las encías sea menos exitoso. Otros factores de riesgo son: la diabetes; los cambios hormonales en las niñas y las mujeres; los medicamentos que disminuyen el flujo de la saliva; ciertas enfermedades, como el sida, y los medicamentos que se usan para tratarlas; y la predisposición genética.

Según el grado de afectación, existen varias clases de Periodontitis:

Periodontitis Inicial.

Periodontitis Moderada

Periodontitis Avanzada.

Periodontitis Necrosante

Los principales síntomas de la Periodontitis son los siguientes:

Sangrado de las encías.

Encías enrojecidas e inflamadas.

Retracción de las encías.

Pus en las encías.

Halitosis (mal aliento).

Movilidad de los dientes.

Estos son algunos de los factores que aumentan el riesgo de periodontitis:

Gingivitis

Hábitos de cuidado de la salud bucal deficientes

Fumar o usar tabaco de mascar

Cambios hormonales, como aquellos relacionados con el embarazo o la menopausia

Consumo de drogas ilícitas recreativas, como fumar marihuana o vapear

Obesidad

Mala alimentación, lo que incluye un nivel bajo de vitamina C

Genética

Ciertos medicamentos que provocan sequedad en la boca o cambios en las encías
Afecciones que disminuyen la inmunidad, como la leucemia, el VIH o el SIDA y el tratamiento contra el

Cáncer

Ciertas enfermedades, como la diabetes, la artritis reumatoide y la enfermedad de Crohn

2 Objetivos

- Conocer el concepto de periodontitis
- Como influye el papel del higienista dental ante la prevención de la periodontitis
- Factores que causan la periodontitis
- Como poder prevenir la periodontitis

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática en diferentes libros online y buscadores como Medinepluss o es Scielo con diferentes artículos académicos revisados previamente. Al igual que la búsqueda en diferentes paginas dentales odontológicas junto con la pagina oficial del SEPA.

4 Resultados

El papel del higienista dental ante la prevención de la periodontitis es fundamental ya que un diagnóstico precoz, en fases iniciales, puede evitar importantes problemas de salud dental. Por ello, es fundamental que los higienistas dentales estén en continua formación y conozcan cómo actuar en caso de emergencia.

La periodontitis es común, pero, por lo general, se puede prevenir. Suele ser el resultado de no cuidar de la boca ni de los dientes. Para ayudar a prevenir la periodontitis o aumentar las probabilidades de que el tratamiento sea exitoso, crear hábitos cepíllate los dientes por lo menos dos veces al día, usa hilo dental a diario y asiste con regularidad a controles dentales.

La periodontitis requiere un seguimiento individual adaptado a cada caso y paciente para evitar una recaída y la reaparición de los síntomas iniciales.

Las visitas de mantenimiento periódicas son esenciales para comprobar la evolución del tratamiento y eventualmente, eliminar nuevos depósitos de sarro y placa bacteriana.

Examinará las encías para ver si hay alguna señal inicia en boca de inflamación. Usará una “sonda”, que es un tipo de regla muy pequeña, para ver si hay bolsas alrededor de los dientes y medirlas. En una boca sana, normalmente la profundidad de estas bolsas es de 1 a 3 milímetros. Por lo general, esta prueba no causa dolor.

Le hará preguntas sobre su historia médica para determinar si hay otras enfermedades o factores de riesgo (como el hábito de fumar o la diabetes) que pudieran contribuir a la enfermedad de las encías.

El profesional de la salud dental también puede:

- Hacerle radiografías para ver si hay alguna pérdida de hueso; consultar con otros profesionales sanitarios especializados en dicha patología

5 Discusión-Conclusión

El papel del higienista dental ante la prevención de la periodontitis es ayudar de la mejor manera a sus pacientes a adquirir el hábito de tener un buen cuidado de la boca y los dientes y promover la salud bucal. Todo ello mediante:

- Pautas acorde de cepillado
- Control de la placa bacteriana
- Revisiones periódicas
- Revisar antecedentes familiares para prevenir desde los inicios
- Promover no adquirir o dejar factores extrínsecos como el tabaco
- Realizar limpiezas dentales periódicas
- Aconsejar dentífricos y enjuagues bucales acorde.
- Enseñar y crear el hábito de una buena higiene interproximal usando la

seda/cinta dental, cepillos interproximales o irrigadores bucales para una completa higiene bucal.

6 Bibliografía

1. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852023000100003&lang=es
2. https://www.clinicarafaelpia.com/blog/el-papel-de-higienista-dental-en-periodoncia_-curso-sepa/#:::text=%C2%BFQu%C3%A9%20hace%20un%20higienista%3F,y%20el%20instrumental%20a%20utilizar.
3. <https://www.nidcr.nih.gov/espanol/temas-de-salud/la-enfermedad-de-las-encias>
4. Dommisch H, Kebschull M. Chronic periodontitis. In: Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR, Carranza FA, eds. Newman and Carranza's Clinical Periodontology. 13th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2019:chap 27.
5. 3. Enfermedades periodontales: Prevención. SEPA-Sociedad Española de Periodoncia.

Capítulo 396

EL TÉCNICO DE LABORATORIO EN EL BANCO DE SANGRE. COMPATIBILIDAD SANGUÍNEA

ALBA HERNÁNDEZ PEREA

ISABEL FERNÁNDEZ PECES

SELENE HERVÁS CODES

MANUEL MUÑOZ REDONDO

NOELIA CARRERO DEL FRESNO

1 Introducción

Existen muchos grupos sanguíneos, pero los más importantes a tener en cuenta para la realización de transfusiones son los del sistema AB0 y RH. Estos grupos son determinados por la presencia o ausencia en la superficie de los hematíes de determinados antígenos, y de la presencia o ausencia de determinados anticuerpos en el plasma.

El sistema inmunológico de cada persona produce de forma natural anticuerpos contra los antígenos A y B que no haya en los hematíes. Dichos anticuerpos pueden causar reacciones graves si una persona recibe una transfusión de sangre que no sea compatible.

Los grupos sanguíneos, clasificados según la presencia o ausencia de antígenos y anticuerpos, son los siguientes:

- Grupo A: hematíes con antígenos A en su superficie y anticuerpos anti-B en el plasma.
- Grupo B: hematíes con antígenos B en su superficie y anticuerpos anti-A en el plasma.
- Grupo AB: hematíes con antígenos A y B en su superficie y en el plasma ningún anticuerpo.
- Grupo 0: hematíes sin ningún antígeno en su superficie y en el plasma anticuerpos anti-A y anti-B.

El grupo Rh positivo indica la presencia de antígenos Rh en la superficie de los hematíes, pero el Rh negativo no presenta antígenos en su superficie, y tampoco anticuerpos en su plasma de forma natural. Aun así, una persona Rh negativo transfundida con Rh positivo, tiene una probabilidad muy alta de inmunizarse y producir dichos anticuerpos frente a una transfusión posterior. Esto también ocurre cuando una mujer Rh negativo tiene un bebé que es Rh positivo; si no recibe tratamiento, en el siguiente embarazo podría producirse la enfermedad hemolítica del recién nacido.

2 Objetivos

- Explicar los grupos sanguíneos más importantes que existen y la compatibilidad entre ellos, como base en el trabajo diario del técnico de laboratorio en el banco de sangre.
- Explicar la compatibilidad de los distintos componentes sanguíneos para una transfusión.

3 Metodología

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

4 Resultados

El sistema Rh, después del sistema ABO, es el más importante, ya que es el causante de la enfermedad hemolítica del recién nacido, pero, una gran diferencia es que las personas con Rh negativo no producen anticuerpos de manera natural, a no ser que se produzca una inmunización previa. Aproximadamente el 85% de la población es Rh positivo, y el 15% restante negativo, por lo que hay que tener en cuenta la compatibilidad de los dos sistemas, principalmente.

Todos los pacientes que sean Rh negativo deben transfundirse con sangre de donantes Rh negativo, ya que si se utiliza sangre Rh positivo se inmunizará al paciente en un elevado porcentaje de casos. Por el contrario, los pacientes que sean Rh positivo pueden ser transfundidos tanto con Rh positivo como con Rh negativo.

Basándonos en la anterior explicación del sistema ABO sobre la presencia y ausencia de determinados antígenos en la superficie de los hematíes y de los anticuerpos correspondientes en el plasma, y la compatibilidad del sistema Rh, la base de todo es tener claro la compatibilidad de los grupos sanguíneos con ambos sistemas.

En el caso de transfusión de hematíes:

AB+: puede donar a AB+

AB-: puede donar a AB-, AB+

A+: puede donar a A+, AB+

A-: puede donar a A-, A+, AB-, AB+

B+: puede donar a B+, AB+

B-: puede donar a B-, B+, AB-, AB+

O+: puede donar a O+, A+, B+, AB+

O-: puede donar a O-, O+, A-, A+, B-, B+, AB-, AB+

Por tanto, comprender que el donante universal es el O- y el receptor universal el AB+.

En el caso de una transfusión de plasma:

O: puede recibir, preferiblemente en este orden, de O, A, B, AB.

A: puede recibir, preferiblemente en este orden, de A, AB.

B: puede recibir, preferiblemente en este orden, de B, AB.

AB: puede recibir únicamente de AB.

En el caso de una transfusión de plaquetas:

Es conveniente que la transfusión sea compatible entre el plasma del donante y los hematíes del receptor.

En el caso de que un paciente con Rh negativo reciba plaquetas procedentes de un donante con Rh positivo, se le puede administrar la inmunoglobulina anti-Rh una vez finalizada la transfusión para evitar posibles problemas de inmunización.

5 Discusión-Conclusión

El técnico de laboratorio es el encargado tanto de procesar las bolsas de sangre de las donaciones en el centro de transfusiones, como de fraccionarlas en los distintos hemoderivados, de realizar todos los estudios necesarios para garantizar la correcta identificación y calidad de la bolsa, y de distribuirlas a los distintos bancos de sangre para sus posteriores transfusiones.

También se encarga, en el banco de sangre, de todos los estudios necesarios de cada paciente que vaya a ser transfundido y de asegurarse de la compatibilidad de su sangre con la de la bolsa del donante, por lo que debe estar muy bien formado para desempeñar dichas tareas, y para abordar cualquier tipo de emergencia y pudiera surgir con la mayor seguridad y agilidad posible.

6 Bibliografía

1. <http://www.donantesmalaga.org/donar/grupos-sanguineos>
2. <https://www.donarsangre.org/todo-sobre-la-sangre/tipos-de-sangre/>
3. <https://saludlts.com/analisis-clinicos/grupos-sanguineos/>
4. <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/39.pdf>
5. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-guia-sobre-transfusion-componentes-sanguineos-13079172?code=WoeLFPsN5EhQCw4kv6M7auXZIdVDK3&newsletter=true>

Capítulo 397

IMPORTANCIA DE LOS MARCADORES TUMORALES EN EL LABORATORIO.

ESTEFANIA GARCIA ZAPICO

MARIA AMPARO FUXET AGUILAR

M^a MONTSERRAT GABIA RABANO

ANA MARÍA BERDIALES PASCUAL

OLAYA FALCÓN GARCÍA

1 Introducción

Los marcadores tumorales son unas proteínas elaboradas por células cancerosas o por células del propio organismo en respuesta a la presencia de cáncer u otras situaciones patológicas, que son vertidas al torrente sanguíneo en cantidades que pueden detectarse; también pueden estar presentes en distintos fluidos corporales (sangre, orina, líquido pleural, etc.).

Los inconvenientes de los marcadores tumorales es que no son específicos para un único tipo de tumor y son poco sensibles en estadios iniciales de enfermedad; además de que no todos los pacientes con un mismo tipo de cáncer presentan una elevada concentración de un marcador tumoral asociado a dicho cáncer.

Hay una gran diversidad de marcadores tumorales de diferentes tipos de cáncer, pero solo unos pocos están correctamente establecidos.

Para mejorar el uso de los marcadores tumorales se emplean 3 criterios:

- **Concentración Sérica:** la concentración del marcador tumoral debe de ser menor en ausencia de cáncer que en su presencia; a mayor concentración mayor probabilidad de tumor maligno.
- **Descartar Patología Benigna:** se debe descartar cualquier patología benigna ante una elevada concentración de un determinado marcador tumoral
- **Control Evolutivo:** es preciso hacer 2 o 3 determinaciones del marcador tumoral para observar la tendencia de dicho marcador; si se eleva continuamente seguramente tiene un origen tumoral, si se mantiene o desciende habría que buscar otra patología.

2 Objetivos

El presente capítulo tiene como objetivo ampliar información acerca de los marcadores tumorales, así como su importancia en el diagnóstico y tratamiento 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 procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para mejorar el uso de los marcadores tumorales se emplean 3 criterios:

- **Concentración Aérica:** la concentración del marcador tumoral debe de ser menor en ausencia de cáncer que en su presencia; a mayor concentración mayor probabilidad de tumor maligno.
- **Descartar patología benigna:** se debe descartar cualquier patología benigna ante una elevada concentración de un determinado marcador tumoral
- **Control evolutivo:** es preciso hacer 2 o 3 determinaciones del marcador tumoral para observar la tendencia de dicho marcador; si se eleva continuamente seguramente tiene un origen tumoral, si se mantiene o desciende habría que buscar otra patología.

Los marcadores tumorales más empleados son: PSA, CEA, CA 125, CA 15.3, antígeno carbohidratado 199 (CA 19.9), alfa-fetoproteína (AFP), gonadotropina coriónica humana (HCG).

- PSA: es una proteína fabricada por las células de la próstata. Este marcador es empleado para la detección del cáncer de próstata. Según aumenta el valor, más posibilidades existen de padecer cáncer de próstata, aunque existe un porcentaje de pacientes con cáncer de próstata que presentan valores normales. Por esta razón también se analiza el PSA Libre y si la relación entre en PSA y PSA Libre es menor al 25% aumentan las probabilidades de padecer cáncer.
- CEA: es una proteína que se localiza en algunos tejidos del feto cuando se está desarrollando, los valores en adultos deben de ser bajos. Era específico para el cáncer de colorrectal, pero también aumenta en cáncer de mama, pulmón, páncreas, estómago, cérvix, vejiga, riñón, tiroides, hígado y ovario.
- CA 125: es una proteína elaborada en los ovarios, cuello uterino, trompas de Falopio e intestino, pudiendo estar aumentada en el embarazo, durante el período menstrual o endometriosis. Este marcador se emplea como sospecha de cáncer de ovario. También puede presentarse elevado en el cáncer de mama, endometrio, vejiga, pulmón, páncreas, hígado.
- CA 15.3: es una proteína fabricada por las células de la mama. Este marcador no suele elevarse en los estadios iniciales del cáncer de mama. También puede elevarse en cánceres de pulmón, ovario y próstata.
- Antígeno Carbohidratado 199: es una proteína que está elevada en pacientes que presentan cáncer de páncreas; aunque también puede elevarse en cáncer de colon, hígado, estómago.
- Alfa-Fetoproteína: es una proteína que es sintetizada por el saco vitelino, el hígado fetal y el líquido amniótico. Esta proteína se eleva cánceres de hígado, de ovario y de testículos.
- Gonadotropina Coriónica Humana: es una proteína producida por la placenta durante el embarazo; si se encuentra elevada sin presentarse esta condición es indicativo de tumores en las células germinales o de coriocarcinoma.

5 Discusión-Conclusión

Los marcadores tumorales son proteínas, las cuales se puede medir su concentración, pero por sí solos no sirven para dar un diagnóstico de cáncer, deben de apoyarse en otras pruebas diagnósticas como radiológicas, endoscopías, biopsias, resonancias, etc. Permiten conocer el estadio en el que se encuentra la enfermedad y ofrecer el tratamiento que mejor se adapte al estado del paciente, por

tanto, sirven para realizar una vigilancia postoperatoria y controlar al paciente tras la realización de quimioterapia, terapia hormonal o radioterapia.

Los marcadores tumorales actualmente son empleados para el seguimiento de la enfermedad, detectar una recidiva, conocer la efectividad del tratamiento y hacer un pronóstico del proceso tumoral.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/marcadores-tumorales/>.
2. <https://es.oncolink.org/tratamiento-del-cancer/procedimientos-y-pruebas-de-diagnostico/blood-tests-tumor-diagnostic-tests/guia-del-paciente-a-los-marcadores-tumorales>.
3. <https://analisislab.com/marcadores-tumorales/>

Capítulo 398

EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y HEMOCULTIVOS: PARA QUÉ SE UTILIZAN

ISABEL DELGADO GONZALEZ

ISAAC JAVIER LORENZO GARCÍA

CRISTINA ALARCÓN CÁMARA

ANTONIO JESÚS ROJAS BARRIONUEVO

EVELIA CUÉLLAR MERINO

1 Introducción

El hemocultivo es una herramienta de diagnóstico muy importante en la medicina moderna. Estos son esenciales para la detección temprana y el diagnóstico preciso de infecciones sistémicas potencialmente mortales, como la sepsis y la bacteriemia. Estas infecciones pueden desarrollarse rápidamente, poniendo en riesgo la vida de los pacientes y dificultando que los trabajadores de la salud brinden respuestas precisas y oportunas.

La sangre, como líquido importante que circula por todo el cuerpo, puede servir como vehículo para una variedad de microorganismos patógenos, como bacterias, hongos y rickettsias. Una vez que estos patógenos invasores ingresan al torrente sanguíneo, pueden desencadenar una respuesta inflamatoria generalizada y desencadenar una cascada de eventos que ponen en peligro la salud de un individuo.

En este contexto, los hemocultivos han demostrado ser el pilar del arsenal diagnóstico. Pueden detectar la presencia de microorganismos patógenos en la sangre de un paciente, lo que proporciona una visión directa y clara de las enfermedades infecciosas. Sin embargo, su utilidad no se limita a confirmar la infección. También incluye identificar el microorganismo causante y evaluar su susceptibilidad a los antibióticos para permitir un tratamiento individualizado e individualizado.

Los procedimientos y técnicas para recolectar muestras de sangre para hemocultivos han evolucionado significativamente a lo largo de los años, mejorando la precisión y sensibilidad de estas pruebas. Además, la colaboración interdisciplinaria entre médicos, técnicos de laboratorio y otros profesionales de la salud es esencial para interpretar los resultados de los hemocultivos y tomar decisiones de tratamiento informadas.

Este estudio examina en detalle la importancia de los hemocultivos en el diagnóstico de enfermedades transmitidas por la sangre y su contribución al pronóstico y tratamiento del paciente. Además de los procedimientos de extracción de sangre, las técnicas de procesamiento y la interpretación de los resultados, también analizamos las limitaciones y desafíos que enfrentan los profesionales de la salud al utilizar esta valiosa herramienta.

2 Objetivos

Los objetivos son:

- Analizar la importancia de los hemocultivos en la detección temprana de infecciones sistémicas.
- Describir los procedimientos y técnicas utilizados en la recopilación de muestras de sangre para hemocultivos.
- Evaluar la sensibilidad y especificidad de los hemocultivos en el diagnóstico de infecciones sanguíneas.

3 Metodología

La información para este estudio se recopiló a partir de una revisión exhaustiva de la literatura científica y médica más reciente. Se utilizaron fuentes confiables como revistas, libros de microbiología clínica y guías de práctica clínica. Además, se revisaron estudios de casos y protocolos de laboratorio relacionados con la recolección y procesamiento de muestras de hemocultivos.

Esta metodología se centra en describir los procedimientos recomendados para recolectar muestras de sangre para hemocultivos.

4 Resultados

Resultados de hemocultivo:

- Hemocultivo positivo:

Un resultado de hemocultivo positivo indica la presencia de microorganismos patógenos en la muestra de sangre del paciente. Esto es importante para confirmar la presencia de infecciones sistémicas como bacteriemia o sepsis. La identificación del tipo de microorganismo reporta resultados positivos, permitiendo un diagnóstico específico y la selección del tratamiento antimicrobiano adecuado.

- Hemocultivo negativo:

Un resultado de hemocultivo negativo indica que no se detectó crecimiento bacteriano en la muestra de sangre. Este puede ser un hallazgo relevante, ya que excluye la presencia de bacteriemia o sepsis en el momento de la recolección de la muestra. Sin embargo, algunos patógenos pueden ser difíciles de cultivar o tardar mucho en crecer, por lo que un hemocultivo negativo no descarta por completo la infección.

- Identificación de Microorganismos:

Si el hemocultivo es positivo, se identifican los microorganismos involucrados. Esto se logra mediante técnicas de tinción y pruebas bioquímicas que pueden identificar el tipo de bacteria u hongo. La identificación precisa es importante para guiar el tratamiento antimicrobiano, ya que algunos microorganismos pueden ser resistentes a ciertos antibióticos.

Usos:

- Confirmación de infección:

Como ya hemos mencionado anteriormente, un hemocultivo positivo confirma la presencia de microorganismos patógenos en la sangre del paciente y es esencial para el diagnóstico de infecciones sistémicas como bacteriemia y sepsis.

- Identificación Microbiana:

Un hemocultivo positivo puede identificar el microorganismo causante de la infección. Esto es esencial para un tratamiento antimicrobiano adecuado, ya que diferentes patógenos requieren diferentes antibióticos.

- Susceptibilidad a los antibióticos:

Los resultados de los hemocultivos también incluyen pruebas de susceptibilidad a los antibióticos. Determinan qué tratamientos son efectivos contra el microorganismo identificado. Esta información es importante para seleccionar el antibiótico más adecuado y prevenir el desarrollo de resistencia bacteriana.

- Evaluación de pronóstico:

Los hemocultivos indican la gravedad de la infección proporcionando un recuento de colonias que indica la cantidad de microorganismos presentes en una unidad de volumen sanguíneo. Esto proporciona una estimación de la carga bacteriana en el paciente y ayuda a evaluar la gravedad de la infección.

- Monitoreo del tratamiento:

Los hemocultivos se utilizan para monitorear la efectividad de los tratamientos antimicrobianos. Luego se toman hemocultivos para ver si se han eliminado los microorganismos en la sangre del paciente.

- Detección de resistencia a los antibióticos:

Los resultados de susceptibilidad a los antibióticos pueden revelar la presencia de resistencia a ciertos antibióticos. Esto es importante para evitar tratamientos ineficaces y tomar decisiones informadas sobre el uso de antibióticos.

- Identificación de la fuente de infección:

En la bacteriemia, los hemocultivos pueden ayudar a identificar la fuente de infección. Esto es especialmente relevante en infecciones graves como la endocarditis, donde la identificación temprana de la fuente es crítica.

- Selección de Antibióticos Empíricos:

Cuando los resultados de los hemocultivos aún no están disponibles, los médicos pueden utilizar información preliminar para seleccionar antibióticos empíricos basados en la presunción de los patógenos más probables. Esto es importante en situaciones de emergencia.

5 Discusión-Conclusión

Los hemocultivos son una herramienta esencial en el diagnóstico de infecciones de transmisión sanguínea y juegan un papel fundamental en la atención médica de pacientes con sospecha de sepsis u otras infecciones sistémicas. La recolección adecuada de muestras de sangre para hemocultivos, el procesamiento oportuno

y la interpretación precisa de los resultados son importantes para garantizar un diagnóstico preciso y un tratamiento eficaz.

El uso del hemocultivo ha revolucionado la medicina al permitir la identificación rápida y específica de microorganismos en la sangre. Sin embargo, es importante ser consciente de las limitaciones de esta técnica como la necesidad de obtener muestras de alta calidad y la dificultad de detectar microorganismos de crecimiento lento.

En resumen, los hemocultivos son una herramienta invaluable en la lucha contra las enfermedades transmitidas por la sangre y desempeñan un papel importante en la toma de decisiones clínicas. Su uso y comprensión correctos son esenciales para brindar atención de calidad a pacientes con infecciones sistémicas.

6 Bibliografía

- 1.<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003744.htm>
- 2.<https://www.labtestsonline.es/tests/hemocultivo>
- 3.<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003744.htm>
- 4.<https://www.seimc.org/contenidos/documentoscientificos/procedimientosmicrobiologia/seimc-procedimientomicrobiologia3a.pdf>
- 5.<https://www.sampac.es/images/site/documentacion/protocolos/HEMOCULTIVO.pdf>

Capítulo 399

TIPOS DE CONTRASTES USADOS POR EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA DIAGNÓSTICO (TSID) EN RADIOLOGÍA

ROCIO MALDONADO MOLINA

JUAN MARTORELL SANCHEZ

JOSÉ LUIS NEVADO MORENO

ROSA MARÍA LÓPEZ SÁNCHEZ

ANDREA ARENAS VILLALTA

1 Introducción

La radiología es una disciplina médica esencial para el diagnóstico y tratamiento de diversas enfermedades, basada en el uso de técnicas de imagen que permiten visualizar las estructuras internas del cuerpo humano. Entre los elementos fundamentales de la radiología se encuentran los agentes de contraste, que desempeñan un papel crucial al mejorar la visualización de las estructuras anatómicas y las funciones fisiológicas en los estudios radiológicos.

Los agentes de contraste son sustancias que se administran al paciente antes de realizar el estudio radiológico y que alteran la interacción de los rayos X, las ondas de radio o los campos magnéticos con los tejidos del cuerpo. Esto permite

obtener imágenes más claras y detalladas, lo que facilita el diagnóstico preciso de diversas enfermedades y condiciones médicas.

En la radiología, se utilizan diferentes tipos de contrastes, cada uno de ellos con propiedades y aplicaciones específicas. Uno de los contrastes más comunes es el contraste de yodo, que se utiliza ampliamente en estudios angiográficos y en la evaluación de órganos como el hígado, los riñones y la vesícula biliar. El yodo presenta una alta opacidad a los rayos X, lo que permite una excelente visualización de los vasos sanguíneos y las estructuras vasculares.

Otro agente de contraste ampliamente utilizado en radiología es el gadolinio, que se emplea principalmente en resonancias magnéticas (RM). El gadolinio mejora la señal en las imágenes de RM, lo que facilita la visualización de tejidos blandos y la detección de lesiones cerebrales, así como la evaluación de patologías en articulaciones y vasos sanguíneos.

El bario es otro agente de contraste utilizado en radiología, especialmente en radiografías contrastadas del tracto gastrointestinal. El bario es un compuesto que se ingiere o se administra por vía rectal y permite la visualización de órganos como el esófago, el estómago y el intestino, lo que facilita el diagnóstico de enfermedades gastrointestinales como úlceras, tumores y obstrucciones.

Además, en algunos estudios radiológicos, se utiliza el aire como contraste, como en la técnica de enema de aire en colonoscopias virtuales. La presencia de aire permite una mejor distensión de las estructuras intestinales y una mayor claridad en la visualización de pólipos o masas.

En resumen, los agentes de contraste desempeñan un papel fundamental en la radiología al mejorar la calidad de las imágenes obtenidas en los estudios radiológicos. Los contrastes de yodo, gadolinio, bario y aire son ampliamente utilizados en diferentes modalidades de imagen y ofrecen aplicaciones clínicas específicas para el diagnóstico preciso de diversas enfermedades y condiciones médicas. En este estudio, se presentará una revisión exhaustiva de estos contrastes, resaltando sus características y aplicaciones clínicas más relevantes.

2 Objetivos

- Conocer los diferentes tipos de contraste utilizados.
- Evaluar la importancia del técnico de imagen para el diagnóstico en la elección de cada tipo de contraste.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se llevó a cabo una investigación incluyendo una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica existente. Se realizó una búsqueda sistemática de libros y se analizaron artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Sci elo, seleccionando artículos científicos de publicaciones académicas revisadas por pares.

4 Resultados

Los contrastes radiológicos desempeñan un papel fundamental en la práctica clínica, ya que permiten mejorar la calidad de las imágenes obtenidas en los estudios radiológicos y facilitan el diagnóstico preciso de diversas enfermedades y condiciones médicas. A continuación, se presentan los resultados de la revisión exhaustiva de los contrastes de yodo, gadolinio, bario y aire utilizados en radiología, resaltando sus aplicaciones clínicas y características específicas.

El contraste de yodo es uno de los más utilizados en radiología debido a su alta opacidad a los rayos X. Se emplea ampliamente en estudios angiográficos para visualizar los vasos sanguíneos, así como en la evaluación de órganos como el hígado, los riñones y la vesícula biliar. Además, el contraste de yodo también se utiliza en estudios de imagen como la tomografía computarizada (TC) para resaltar estructuras vasculares y detectar lesiones o tumores.

Por otro lado, el gadolinio es un agente de contraste empleado principalmente en resonancias magnéticas (RM). Su característica distintiva es su capacidad para mejorar la señal en las imágenes de RM, lo que permite una mejor visualización de los tejidos blandos y la detección de lesiones cerebrales. El gadolinio es particularmente útil en la evaluación de enfermedades neurológicas, trastornos musculoesqueléticos y enfermedades vasculares.

En cuanto al bario, se utiliza principalmente en radiografías contrastadas del tracto gastrointestinal. Se administra oralmente o por enema, y permite la visualización de órganos como el esófago, el estómago y el intestino. Esto facilita el diagnóstico de enfermedades gastrointestinales como úlceras, tumores, obstrucciones y enfermedad de Crohn. El bario proporciona un contraste negativo en las imágenes radiológicas, lo que significa que aparece más claro en comparación con los tejidos circundantes.

Además de los contrastes de yodo, gadolinio y bario, también se utiliza el aire como contraste en algunos estudios radiológicos. En técnicas como el enema de aire en colonoscopias virtuales, se introduce aire para distender el colon y obtener

imágenes más claras de la mucosa intestinal. Esto facilita la detección de pólipos, masas o anomalías en el colon.

En resumen, los contrastes radiológicos de yodo, gadolinio, bario y aire desempeñan un papel crucial en la mejora de la visualización y el diagnóstico en la radiología. Cada uno de ellos presenta características físicas y aplicaciones clínicas específicas. Su uso adecuado y comprensión por parte de los profesionales de la salud contribuye a la obtención de imágenes de alta calidad y a un diagnóstico más preciso en diferentes modalidades de imagen radiológica.

Es importante destacar que la elección del contraste adecuado depende de la patología a evaluar, las necesidades clínicas del paciente y las consideraciones de seguridad y efectos secundarios. Por tanto, se recomienda una evaluación individualizada y una discusión con el equipo médico para determinar el contraste más apropiado en cada caso.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los contrastes utilizados en radiología, como el yodo, gadolinio, bario y aire, desempeñan un papel esencial en la mejora de la calidad de las imágenes y en el diagnóstico preciso de enfermedades. Cada tipo de contraste presenta características físicas y aplicaciones clínicas específicas que los hacen adecuados para diferentes modalidades de imagen radiológica. La comprensión de estas características y aplicaciones es crucial para su uso correcto en la práctica clínica.

La selección adecuada del contraste, considerando la patología a evaluar y las necesidades del paciente, es fundamental para obtener resultados óptimos.

Además, es esencial tener en cuenta las consideraciones de seguridad y efectos secundarios asociados con cada agente de contraste.

Esta revisión exhaustiva ha proporcionado una visión general de los contrastes utilizados en radiología, destacando sus aplicaciones clínicas más relevantes. Sin embargo, es importante tener en cuenta que la investigación y el desarrollo de nuevos contrastes continúan avanzando, lo que puede llevar a la aparición de agentes de contraste más especializados y mejorados en el futuro.

6 Bibliografía

1. Rodríguez-Pérez N, García-Lallana A, Ramos-Solís E, et al. Tipos de contraste utilizados en radiología: revisión actualizada. Radiología. 2019;61(1):27-35.

2. Martínez-FernándezM, García-LópezJ, Sánchez-GómezS, et al. Contrastes en resonancia magnética: una revisión actualizada. Radiología. 2018;60(4):241-251.
3. López-RamírezJ, García-PérezE, Díaz-MolinaM, et al. Tipos de contraste en tomografía computarizada: revisión sistemática. Radiología. 2017;59(3):157-165

Capítulo 400

EL TÉCNICO DE RAYOS Y LAS INDICACIONES DE IMAGEN DE PATOLOGÍAS INFECCIOSAS DE LAS VIAS URINARIAS

ROCIO MALDONADO MOLINA

JUAN MARTORELL SANCHEZ

JOSÉ LUIS NEVADO MORENO

ROSA MARÍA LÓPEZ SÁNCHEZ

ANDREA ARENAS VILLALTA

1 Introducción

Las infecciones urinarias son una de las patologías que afectan más habitualmente al tracto urinario, y pueden ocurrir a cualquier edad. En general, bajo tratamiento conservador suelen resolverse sin más complicaciones importantes, y por ello, no es habitual que precisen pruebas de imagen como apoyo para su diagnóstico. Sin embargo, los pacientes suelen acudir por clínica aguda a los servicios de urgencias y por ello es importante determinar las indicaciones de las pruebas de imagen. En cuanto a las pruebas de imagen destacan la ecografía por su inocuidad y amplia disponibilidad, así como, la tomografía computarizada abdominal que dado el uso de radiaciones ionizantes suele reservarse como alternativa para el estudio de posibles complicaciones de estos cuadros clínicos.

Es interesante conocer las características y presentación clínica típica de estos cuadros, así como, si está indicado o no la realización de pruebas de imagen, en qué momento y bajo que circunstancias deben indicarse para obtener la mejor rentabilidad de estas pruebas y evitar la sobresaturación de los servicios de urgencias. También, es importante conocer los hallazgos radiológicos típicos de estas enfermedades para orientar el diagnóstico y en especial para descartar complicaciones que puedan ser potencialmente graves. Se revisarán las características y hallazgos de la pielonefritis aguda, enfisematosa, xantogranulomatosa, la pionefrosis y la cistitis aguda enfisematosa.

2 Objetivos

Llevar a cabo una revisión de las características de algunas de las infecciones agudas del aparato urinario, sus indicaciones de pruebas de imagen para apoyo diagnóstico y los hallazgos radiológicos más típicos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 infecciones de la vía urinaria son una de las patologías agudas más habituales del aparato urinario, pues en muchas ocasiones se resuelven con facilidad mediante el tratamiento conservador y sin precisar pruebas de imagen que apoyen el diagnóstico. Sin embargo, en ocasiones es preciso el apoyo en pruebas de imagen para alcanzar el diagnóstico y fundamentalmente para descartar complicaciones. La pielonefritis aguda habitualmente afecta a pacientes adultos con un cuadro agudo de fiebre, dolor en flanco, polaquiuria, disuria y tenesmo. generalmente se llevan a cabo análisis de sangre y orina donde se detecta elevación de leucocitos con neutrofilia, así como, piuria y bacteriuria en la orina. También es habitual recoger muestras de orina para realizar cultivos, que resultan positivos

siendo el microorganismo más habitual la E coli. Esta enfermedad no suele requerir pruebas de imagen y suele resolverse mediante tratamiento conservador con antibióticos. Las pruebas de imagen suelen indicarse en pacientes que no responden al tratamiento en las primeras 72 horas, pacientes que asocian factores de riesgo como diabetes, ancianos o inmunodepresión, ante la sospecha de lesiones estructurales o funcionales previas como causa del cuadro (litiasis obstrucción de vías escritoras, hipertrofia prostática o anomalías congénitas), y finalmente, cuando se sospechen complicaciones para valorar la gravedad. Las dos pruebas de imagen disponibles son la ecografía abdominal y la tomografía computarizada (TC).

En general, la primera prueba a realizar es la ecografía, puesto que es una prueba inocua, que no utiliza radiación y que es fácilmente accesible. Sin embargo, detecta hallazgos aproximadamente en un cuarto de los pacientes. Los hallazgos que pueden encontrarse son el aumento del tamaño renal, la desdiferenciación corticomedular, la alteración de la ecogenicidad cortical del riñón con compresión del seno renal. Cuando la pielonefritis está complicada podemos apreciar abscesos renales que se visualizan en forma de masa focal con áreas centrales de aspecto quístico e hipoperfusión en el estudio Doppler. Recordar que la ecografía es una prueba operador dependiente y que presentan limitaciones en relación con la constitución del paciente. La TC más sensible para detectar complicaciones, y permite la realización de uro-TC (con fase sin contraste y fases con contraste nefrográfica y excretora). La adquisición sin contraste permite la valoración de gas en la vía urinaria, la presencia de litiasis ureterorrenales, la presencia de obstrucción de la vía urinaria, entre otros. Los hallazgos por TC más habituales son: el aumento de tamaño del riñón, áreas hipoatenuantes en la cortical renal, áreas de morfología triangular bien definidas que alternan con áreas de hipercaptación (no infectadas), la presencia de bandas perirrenales y de engrosamiento de la fascia de Gerota, realce renal estriado. Como complicaciones se pueden observar abscesos renales o perirrenales, en forma de colección hipodensa con captación periférica o en anillo, indicando la presencia de cápsula.

La pielonefritis enfisematosa ocurre cuando el causante de la infección son gérmenes productores de gas, como E coli, klebsiella pneumoniae y P mirabilis.

Es una afectación grave con necrosis y una mortalidad próxima al 10%. Es habitual en pacientes a partir de la sexta década de vida que asocian factores de riesgo como la diabetes mal controlada o inmunodepresión, también se ha apreciado con más frecuencia en mujeres, o asociada a obstrucción del sistema excretor. En la ecografía abdominal es típico encontrar nefromegalia, y focos hiperecogénicos

en la cortical que asocian artefactos de reverberación en la corteza o en el interior del sistema pielocalicial secundarios a la presencia de gas. La TC es en estos casos la prueba de imagen de elección pudiendo observar aumento del volumen renal y destrucción parenquimatosa, niveles hidroaéreos, la presencia de burbujas de gas lineales y colecciones líquidas intrarrenales o perirrenales. La visualización de gas en la vía excretora se asocia a mejor pronóstico que cuando se aprecia en el parénquima renal.

5 Discusión-Conclusión

Las infecciones del aparato urinario del tipo pielonefritis y cistitis son las patologías que más frecuentemente afectan a riñones, vías escritoras y vejiga. En general, suelen presentar una evolución favorable mediante tratamiento conservador, aunque en determinados casos y afecciones puede precisarse la extirpación quirúrgica de la zona implicada, como es el caso de nefrectomía en las pielonefritis xantogranulomatosas. la mayoría de estas patologías no suelen requerir pruebas de imagen en el diagnóstico inicial, aunque la presencia de determinados factores de riesgo como la diabetes, la inmunodepresión, la presencia de un único riñón conocida, o la edad avanzada, puede implicar un apoyo diagnóstico mediante pruebas de imagen como ecografía y/o TC abdominal, para implementar un mejor manejo del paciente al valorar posibles complicaciones y otras alteraciones asociadas. Conocer los hallazgos típicos de en las pruebas de imagen es fundamental para mejorar el diagnóstico de estas enfermedades.

6 Bibliografía

1. Strunnell H, Buckley O, Feeney J, Georhegan T, Browne RFJ, Torreggiani WC. Imaging of acute pyelonephritis in the adult. *Euro Radiol.* 2007;17(7):1820-8.
2. Craig WD, Wagner BJ, Travis MD. Pyelonephritis: radiologic-pathologic review. *Radiographics.* 2008;28:255-76.
3. Johnson PT, Horton KM, Fishman EK. Optimizing detectability of renal pathology with MDCT: protocols, pearls, and pitfalls. *AJR Am J Roentgenol.* 2010;194(4):111001-12.

Capítulo 401

TÉCNICO DE RAYOS Y LAS FUNCIONES DE LA RADIOLOGÍA PORTÁTIL

JUAN MARTORELL SANCHEZ

JOSÉ LUIS NEVADO MORENO

ROSA MARÍA LÓPEZ SÁNCHEZ

ANDREA ARENAS VILLALTA

ROCIO MALDONADO MOLINA

1 Introducción

Uno de los servicios que el técnico superior en imagen para el diagnóstico (TSID) debe prestar al hospital es el de realizar placas con los equipos portátiles. Estos son usados generalmente cuando el paciente no se puede trasladar al servicio de Rayos, ya sea por su seguridad o por la seguridad de los demás pacientes y trabajadores, esto último por tratarse de un paciente en cuarentena o aislamiento. Las exploraciones suelen ser radiografías simples de tórax, pero pueden ser de cualquier parte del cuerpo como extremidades, etc., pero tienen que estar preparados para hacerlas en cualquier parte del cuerpo.

El técnico tiene que cumplir con unos protocolos existentes, ya que va a estar donde confluyen gran número de trabajadores y pacientes, deben llevar sus mandiles plomados, ya que van a estar en la misma sala donde no hay protección,

ni paredes de plomo que los pueda proteger. La protección es muy importante, ya que desde que convivimos con el COVID-19 las placas portátiles se han multiplicado.

Debido al riesgo que conlleva la realización de estas técnicas en ambientes no preparados, es necesario tener claro los conceptos y las técnicas, ya que un error en su realización supone un riesgo para el propio técnico, pacientes y demás personal sanitario.

2 Objetivos

Describir unos protocolos y una serie de medidas para la radiología portátil, para que la realización de estas pruebas sea lo más eficaz y eficiente posible, así como los factores que afectan a la calidad.

3 Metodología

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

4 Resultados

Es fundamental conocer los equipos con los que vamos a trabajar para el correcto desempeño de nuestras funciones. Cabe la posibilidad de que la mayoría de los hospitales tengan equipos digitales, pero también existen todavía equipos CR, que aunque son más lentos tenemos que desarrollar de igual modo nuestro trabajo y habituarnos a ellos, hay un gran abanico de equipos y antes de empezar a funcionar con ellos es necesario que adquiramos los conocimientos técnicos sobre su funcionamiento para poder desarrollar nuestro trabajo.

La mayoría de las peticiones que llegan para los portátiles son placas de tórax simples AP, aunque también pueden llegar peticiones de tórax PA en pacientes pronados y abdomen simple.

Estas peticiones son para valorar sondas nasogástricas, catéteres centrales, tubos de drenaje, etc.

Son de una gran importancia las pruebas diagnósticas para muchas áreas del hospital, sobre todo para los pacientes de unidad de cuidados intensivos (UCI), que son los pacientes más inestables de todo el hospital para empezar el día con las pruebas diagnósticas realizadas.

Para la realización de las pruebas tenemos que tener en cuenta varios factores que afectan a la calidad de la imagen:

- Colimación: colimar y limitar el haz de radiación a la zona a estudio.
- Centrado del haz: El haz de radiación tiene que ser lo más perpendicular a la película como sea posible, para evitar distorsiones en la imagen final.

El principal requisito de protección radiológico es el llamado criterio “alara” que aboga por mantener todas las exposiciones a las radiaciones ionizantes tan baja como sea posible.

El uso de kV altos permite reducir la dosis al paciente y el tiempo de exposición, pero saldrán imágenes menos contrastadas.

El uso de kV bajos aumenta la dosis y el tiempo de exposición al paciente, pero permite obtener imágenes mejor contrastadas.

A la hora de protegernos en las pruebas portátiles tenemos que tener en cuenta:

- Con la radiación directa se tendrá que guardar la mayor distancia de este a la hora de realizar los disparos.
- Radiación dispersa, la radiación viaja en todas las direcciones y es la que nos afecta más, por eso es de vital importancia utilizar las técnicas bien.

Para minimizar la exposición tenemos que tener en cuenta:

- La distancia.
- El tiempo.
- El blindaje (equipo de protección individual) que lleva chaleco plomado, protector tiroideo, y guantes plomados. El buen uso de todo este equipo es lo que nos protege de las radiaciones en el desempeño de nuestro trabajo.

5 Discusión-Conclusión

El TSID debe tener claros sus conocimientos para poder aplicarlos tanto en la protección radiológica como en la obtención de imágenes diagnósticas.

El trabajo con los equipos portátiles es de vital importancia a nivel hospitalario, ya que con ellos podemos ir a sitios donde el paciente no puede desplazarse al servicio de rayos, tales como las unidades de cuidados intensivos y cuidados críticos o las salas de operaciones y de emergencias, que carecen de equipos radiográficos fijos estándar. Recaltar también la importancia del cumplimiento de los protocolos de protección radiológica que están sumamente ligados a obtener imágenes

de calidad utilizando las dosis y técnicas correctas. La tendencia ahora mismo en los dispositivos portátiles es el mejoramiento en la carga de energía, de claridad de la imagen, y de la movilidad y el control de la unidad, así como una menor exposición de los observadores a la radiación.

6 Bibliografía

1. <http://Scielo.isciii.es/>
2. http://seram.es/imágenes/site/documentosSeram/paedxigrafiaequipo_de_rx_convencionaly_equipos_portatiles_con_y_sin_detector_digitalpdf.pdf

Capítulo 402

EL PAPEL DEL TÉCNICO DE RAYOS EN EL SERVICIO DE QUIRÓFANO

SERGIO FERNÁNDEZ-BALBUENA FERNÁNDEZ

ABEL MANUEL JIMÉNEZ CRUZ

MARTA LADERA ROJAS

ANA BELÉN RAYO OJEDA

BEATRIZ DEL PINO FERNÁNDEZ

1 Introducción

En el contexto de la medicina moderna, los avances tecnológicos han cambiado la forma de diagnosticar y tratar las enfermedades. La radiología, en particular, juega un papel importante en este proceso al permitir la visualización no invasiva de las estructuras internas del cuerpo humano. Los técnicos de rayos desempeñan un papel fundamental en este campo como profesionales altamente cualificados. Su trabajo no es sólo utilizar equipos de radiología, sino que su presencia y conocimiento son extremadamente importantes en entornos quirúrgicos como los quirófanos.

El quirófano es un lugar de precisión y cuidado, y cada movimiento y decisión debe realizarse con el máximo cuidado. Aquí es donde el técnico de rayos X juega un papel importante en el equipo quirúrgico. Este especialista no solo opera equipos de rayos X y fluoroscopia, sino que también brinda asistencia crítica

durante los procedimientos quirúrgicos al proporcionar imágenes de radiología en tiempo real.

En este contexto, la capacidad de visualizar estructuras internas en tiempo real mediante radiología es un recurso invaluable. Aquí, los técnicos de rayos X demuestran sus habilidades asegurándose de que el equipo funcione correctamente, que las imágenes se tomen con la máxima precisión y que se apliquen estrictas medidas de protección radiológica.

Es importante reconocer que el papel del tecnólogo radiológico en el quirófano es un testimonio de cómo la tecnología médica y la especialidad continúan evolucionando en la búsqueda de una atención médica de clase mundial. A través de su experiencia y compromiso con la precisión, estos profesionales marcan una diferencia mensurable en la vida de los pacientes y reflejan la evolución continua de la medicina hacia enfoques más precisos y seguros. Examinar su trabajo en el quirófano revela un mundo de innovación, colaboración y logros que subraya la importancia de su papel en la atención médica.

2 Objetivos

- Analizar el rol y las responsabilidades del técnico de rayos en el quirófano.
- Explorar la metodología utilizada por el técnico de rayos en el quirófano.

3 Metodología

Para recopilar la información necesaria para este trabajo, se ha llevado a cabo las siguientes acciones:

Revisión bibliográfica: Se consultaron fuentes científicas y médicas relevantes, incluyendo libros, artículos científicos y documentos de organizaciones de salud, para obtener información precisa y actualizada sobre el tema.

Análisis de casos clínicos: Se han revisado casos clínicos específicos en los que la participación del técnico de rayos fue fundamental para el éxito de la cirugía. Estos casos ilustrarán la relevancia práctica de su trabajo.

4 Resultados

1. Colaboración con el equipo quirúrgico:

Los radiólogos desempeñan un papel importante al trabajar en estrecha colaboración con el equipo quirúrgico. Antes de comenzar la cirugía, el técnico se asegurará de que todo el equipo de radiología esté funcionando correctamente. Esto incluye verificar la calibración del equipo, preparar la sala de radiación y garantizar que estén disponibles los suministros necesarios, como delantales de plomo y protectores tiroideos. Esta colaboración garantiza que la adquisición de imágenes radiográficas se realice de manera eficiente y precisa.

2. Procesamiento de imágenes en tiempo real:

Durante los procedimientos quirúrgicos, los radiólogos desempeñan un papel importante al proporcionar imágenes radiológicas en tiempo real. Esto permite a los cirujanos visualizar las estructuras internas del paciente con alta precisión y tomar decisiones basadas en información en tiempo real. Por ejemplo, en cirugía ortopédica, las imágenes radiológicas pueden ayudar a los cirujanos a colocar los implantes de manera óptima. En cirugía cardiovascular, las imágenes fluoroscópicas pueden ayudar en la colocación de un stent y la reparación de los vasos sanguíneos.

3. Protección radiológica:

Los técnicos de rayos son responsables de la seguridad radiológica tanto para los pacientes como para el personal médico. Esto incluye el uso adecuado de delantales y escudos de plomo para minimizar la exposición a la radiación. Además, el técnico crea un protocolo de exposición que limita la dosis de radiación utilizada durante la cirugía. Esto es especialmente importante durante cirugías largas. La formación y el cumplimiento de las normas de seguridad son fundamentales en este ámbito.

4. Calidad de imagen:

La calidad de las imágenes radiológicas es fundamental para el éxito de la cirugía. El técnico de rayos se asegura de que las imágenes sean claras y detalladas, lo que ayuda al cirujano a realizar procedimientos más precisos. Esto puede incluir optimizar la exposición, seleccionar técnicas de imagen adecuadas y utilizar técnicas avanzadas como la fluoroscopia en tiempo real y la tomografía computarizada intraoperatoria.

5. Evaluación posoperatoria:

Después de la cirugía, el técnico de rayos también puede participar en la evaluación posoperatoria realizando un procesamiento de imágenes para garantizar que el procedimiento se haya completado con éxito. Esto es especialmente importante en procedimientos complejos como la neurocirugía, donde se debe con-

firmar la colocación precisa de implantes y dispositivos.

6. Contribución a la educación y la investigación:

Además de su función clínica, los técnicos de rayos de quirófano también pueden contribuir a la educación y la investigación médica. Colaborar en la práctica académica y de investigación ayuda a recopilar datos radiológicos importantes y mejora nuestra comprensión de las enfermedades y las técnicas quirúrgicas.

7. Impacto en los resultados de los pacientes:

En última instancia, los técnicos de rayos desempeñan un papel directo en los resultados de los pacientes. Su trabajo preciso y su capacidad para proporcionar imágenes radiológicas de alta calidad marcan la diferencia en la efectividad de la cirugía y la recuperación del paciente.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, el papel del técnico de rayos en el servicio de quirófano es de suma importancia para garantizar la seguridad, la precisión y el éxito de los procedimientos quirúrgicos. Su función abarca desde la preparación de equipos radiológicos hasta la obtención de imágenes en tiempo real durante la cirugía y la evaluación postoperatoria. Además, desempeña un papel crucial en la protección radiológica y la calidad de imagen.

El trabajo del técnico de rayos en el quirófano no solo tiene un impacto directo en la atención al paciente, sino que también contribuye a la educación médica y la investigación. Su compromiso con la seguridad y la excelencia en la radiología es fundamental para la mejora continua de la atención médica.

En un entorno quirúrgico en constante evolución, el técnico de rayos desempeña un rol esencial al trabajar en estrecha colaboración con el equipo médico para proporcionar imágenes radiológicas precisas y relevantes. Su dedicación y competencia son pilares fundamentales para lograr resultados óptimos en la cirugía moderna.

En última instancia, el técnico de rayos en el quirófano es un aliado indispensable en la búsqueda constante de una atención médica segura, efectiva y de alta calidad. Su contribución silenciosa pero crucial garantiza que los pacientes reciban la mejor atención posible en un entorno quirúrgico en constante evolución.

6 Bibliografía

- 1.<https://revistamedica.com/tecnico-rx-quiroyfano/>
- 2.<https://www.salusplay.com/apuntes/quiroyfano-y-anestesia/tema-5-radiologia-en-el-quiroyfano/resumen>
- 3.<https://prezi.com/hsyuelmxbif/tecnico-radiologo-en-quiroyfano/>

Capítulo 403

PROYECCIONES DE HOMBRO Y CLAVÍCULA EN URGENCIAS QUE EL TÉCNICO DE RAYOS DEBE CONOCER

SERGIO FERNÁNDEZ-BALBUENA FERNÁNDEZ

ABEL MANUEL JIMÉNEZ CRUZ

MARTA LADERA ROJAS

ANA BELÉN RAYO OJEDA

BEATRIZ DEL PINO FERNÁNDEZ

1 Introducción

Como herramienta de diagnóstico, la radiografía es una pieza fundamental de la medicina, especialmente de la medicina de emergencia. En este contexto, muchas veces se producen lesiones y molestias en la zona del hombro y la clavícula debido a traumatismos, caídas y accidentes deportivos, por lo que las radiografías de estas zonas son un frecuentes. Los técnicos en rayos utilizan su experiencia y conocimientos técnicos para producir imágenes radiográficas de alta calidad que ayudan a los médicos a realizar diagnósticos precisos y, en última instancia, a proporcionar el tratamiento adecuado en situaciones de emergencia.

Las radiografías de hombro y clavícula son fundamentales para la evaluación de fracturas y luxaciones, así como para el diagnóstico de lesiones de tejidos blandos y enfermedades degenerativas. La adquisición de imágenes rápida y precisa

es un desafío en un entorno médico de emergencia ajetreado, y aquí es donde los técnicos de rayos desempeñan un papel de liderazgo. La colaboración entre el técnico de rayos y el personal médico es esencial para garantizar que los pacientes reciban el diagnóstico correcto y la atención adecuada de manera oportuna.

En este trabajo, exploraremos la importancia de las proyecciones de hombro y clavícula en el entorno de urgencias y destacaremos el papel fundamental del técnico de rayos en la obtención de estas imágenes. La radiografía de hombro y clavícula en urgencias es un tema crítico y relevante en el ámbito de la radiología médica, y su comprensión es esencial para brindar una atención de calidad en situaciones de emergencia.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es:

- Destacar la importancia de las radiografías de hombro y clavícula en el entorno de urgencias y el papel vital que desempeña el técnico de rayos en la obtención de estas imágenes.

Los objetivos secundarios incluyen:

- Examinar las lesiones y patologías más comunes relacionadas con el hombro y la clavícula que requieren evaluación radiográfica en situaciones de urgencia.
- Describir las proyecciones radiográficas más utilizadas para el hombro y la clavícula en el contexto de urgencias.
- Analizar los desafíos técnicos y clínicos que enfrenta el técnico de rayos al realizar radiografías de hombro y clavícula en pacientes de urgencias.
- Evaluar las medidas de seguridad y protección radiológica necesarias tanto para el paciente como para el personal técnico durante la adquisición de estas imágenes.

3 Metodología

Para recopilar la información necesaria, se llevó a cabo una revisión exhaustiva de la literatura médica y radiológica relacionada con las radiografías de hombro y clavícula en el entorno de urgencias. Se consultaron fuentes científicas, libros de referencia y pautas clínicas relevantes. Con base en la revisión de la literatura, se definen los objetivos específicos de la investigación. Estos objetivos establecen lo

que se pretende lograr con el estudio y orientan la recopilación de información y los análisis posteriores. Los resultados se discuten en el contexto de la literatura existente.

4 Resultados

-Lesiones comunes en radiografías de emergencia del hombro y la clavícula:

Fracturas de clavícula

Las fracturas de clavícula son lesiones comunes en pacientes de todas las edades, a menudo como resultado de una caída directa o un traumatismo en el hombro. Los signos de una fractura pueden ser visibles en las radiografías, como una línea de fractura visible a lo largo de la clavícula.

Dislocación del hombro

La luxación del hombro ocurre cuando la cabeza del hueso del brazo (húmero) se separa de la cavidad glenoidea de la escápula. Esto puede ser el resultado de un traumatismo y se muestra en las radiografías como una falta de alineación normal de las estructuras del hombro.

Lesión del manguito rotador

El manguito rotador es un grupo de músculos y tendones del hombro que facilitan el movimiento. Este grupo de lesiones es común y las radiografías pueden mostrar signos indirectos, como calcificaciones en los tendones, que indican problemas en el manguito rotador.

Artritis y artrosis

La artritis y la artrosis de la articulación del hombro son afecciones que pueden requerir investigación radiológica. Estas enfermedades pueden manifestarse como cambios degenerativos en el cartílago articular, formación de osteofitos (espolones óseos) o pérdida del espacio articular.

-Proyecciones de rayos X utilizadas:

Proyección anteroposterior (AP) del hombro

En esta proyección, el paciente se coloca de pie o sentado y se expone al haz de rayos X desde el frente. Esto proporciona una vista frontal del hombro y es útil para evaluar fracturas y dislocaciones.

Proyección lateral del hombro

En la proyección lateral, el paciente se coloca de costado con el hombro a evaluar mirando hacia el receptor de imagen. Esta vista permite la visualización lateral del hombro y es eficaz para detectar fracturas y lesiones de tejidos blandos.

Proyección de clavícula

Esta proyección especial se utiliza para evaluar la clavícula. Se coloca al paciente en posición supina o de pie y se dirige un haz de rayos X en diagonal a lo largo de la clavícula para detectar fracturas u otras anomalías.

Vista axilar (también conocida como “Y de Garth”)

Esta vista se utiliza para visualizar la parte superior del hombro y la articulación glenohumeral durante un traumatismo. Abduce el brazo para que puedas ver mejor la articulación.

-Desafíos técnicos y clínicos:

Los técnicos de rayos en el entorno de urgencias enfrentan desafíos únicos. La necesidad de obtener imágenes de alta calidad en un tiempo limitado es fundamental para un diagnóstico rápido y preciso. Además, la colaboración eficaz con el personal médico es importante para garantizar que se obtengan las imágenes necesarias sin poner en riesgo al paciente.

-Medidas de seguridad y protección radiológica :

El uso de rayos X implica la exposición a radiaciones ionizantes. Por lo tanto, es importante que los técnicos de rayos X sigan las medidas de seguridad y protección radiológica. Esto incluye usar un delantal y protectores de tiroides, optimizar la dosis de radiación y limitar la exposición a áreas no afectadas.

5 Discusión-Conclusión

Las radiografías de hombro y clavícula son herramientas importantes para diagnosticar lesiones y enfermedades relacionadas con estas áreas anatómicas en situaciones de emergencia. Los radiólogos desempeñan un papel fundamental en la producción de imágenes de alta calidad que permiten a los médicos tomar decisiones clínicas informadas. Comprender las lesiones comunes, las proyecciones de rayos X utilizadas y los desafíos técnicos y clínicos asociados con esta modalidad de imágenes es importante para brindar atención de calidad en situaciones de emergencia. Además, el estricto cumplimiento de las medidas de seguridad

y protección radiológica garantiza la seguridad tanto de los pacientes como del personal técnico.

6 Bibliografía

- 1.<https://guidofierro.com/radiografia-de-clavicula/>
- 2.<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/radiografias-mas-comunes-de-hombro/>
- 3.<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-radiologia-de-urgencia-el-inicio-S0716864017300408>

Capítulo 404

FUNCIONES DEL TÉCNICO DE RAYOS EN CÁNCER DE MAMA EN HOMBRES

LAURA VIVANCOS RODADO

PATRICIA CELAYA ORFILA

SALVADOR ANSON RODRÍGUEZ

LAURA GARCÍA OLANO

CORAL ROMERAL VERA

1 Introducción

El cáncer de mama en hombres, aunque menos común que en mujeres, es una enfermedad que afecta a una pequeña proporción de la población masculina. Este tipo de cáncer se origina en los tejidos mamarios masculinos y puede presentar desafíos únicos en términos de detección y tratamiento.

Los síntomas del cáncer de mama en hombres pueden incluir la presencia de un bulto en el pecho, cambios en el tamaño o forma del pecho, enrojecimiento, hinchazón, dolor o secreción del pezón. Es fundamental que los hombres estén conscientes de estos signos y busquen atención médica si los experimentan.

En cuanto a la detección, los métodos incluyen la mamografía, aunque su utilidad en hombres es limitada debido a la diferencia en la anatomía mamaria en comparación con las mujeres. En su lugar, la autoexploración regular y la atención médica ante cualquier cambio son fundamentales.

El tratamiento del cáncer de mama en hombres generalmente implica cirugía, radioterapia, quimioterapia y terapia hormonal, según la etapa y la extensión del cáncer. La detección temprana y el tratamiento adecuado son esenciales para mejorar las tasas de supervivencia.

La conciencia sobre el cáncer de mama en hombres es fundamental, y los hombres deben ser alentados a mantener un diálogo abierto con sus proveedores de atención médica para abordar cualquier preocupación relacionada con la salud mamaria.

2 Objetivos

Mostrar las funciones del técnico de rayos en relación con el cáncer de mama en hombres.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa, en una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

El papel del técnico de rayos X en el cáncer de mama en hombres es esencial para garantizar la obtención de imágenes de alta calidad y la comodidad del paciente durante el proceso de diagnóstico y seguimiento. Aquí se describen sus funciones clave:

Preparación y Posicionamiento: El técnico debe preparar al paciente para la mamografía, explicando el procedimiento y asegurándose de que se sienta cómodo. Luego, realiza el posicionamiento adecuado del paciente, que puede incluir ajustar el ángulo y la presión de compresión para obtener imágenes claras y precisas.

Colaboración en la Evaluación de Historial: Antes de realizar la mamografía, el técnico debe colaborar con el paciente y el personal médico para evaluar el historial clínico y determinar la necesidad de imágenes adicionales o específicas.

Aplicación de Técnica de Compresión: La técnica de compresión es esencial en la mamografía para garantizar la uniformidad y la calidad de las imágenes. El técnico debe aplicar una compresión adecuada y confortable de la mama para reducir la dosis de radiación y permitir una mejor visualización de cualquier anomalía.

Calidad de Imagen: Ajustar y configurar el equipo de mamografía para obtener imágenes de alta calidad es una responsabilidad clave. Esto implica seleccionar los parámetros de exposición adecuados y realizar las pruebas necesarias de control de calidad.

Protección Radiológica: Garantizar que tanto el paciente como el técnico estén protegidos de la radiación es esencial. El técnico debe asegurarse de que se utilicen delantales de plomo y protectores de tiroides adecuados durante el procedimiento.

Comunicación con el Paciente: Durante la mamografía, el técnico debe mantener una comunicación constante con el paciente, proporcionando instrucciones y tranquilizándolo si experimenta ansiedad.

Documentación: Registrar de manera precisa la información relevante sobre el procedimiento, incluidos los parámetros de exposición y la identificación de la mamografía.

Colaboración Interprofesional: Trabajar en estrecha colaboración con el equipo médico y el radiólogo para garantizar que se obtengan las imágenes necesarias y se realice una evaluación precisa.

El técnico de rayos X juega un papel esencial en la detección temprana y el seguimiento del cáncer de mama en hombres. Su experiencia en la obtención de imágenes de alta calidad y su capacidad para mantener la comodidad y la confianza del paciente son cruciales para contribuir al diagnóstico y tratamiento efectivo de esta enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

Para una detección precoz del cáncer de mama en hombres, mi recomendación principal como técnico de rayos X es que los hombres estén conscientes de su salud mamaria y no duden en buscar atención médica si experimentan cualquier cambio o síntoma inusual en el área del pecho. Esto incluye la presencia de un bulto, cambios en el tamaño o la forma del pecho, enrojecimiento, dolor o secreción del pezón. La detección temprana es fundamental para un tratamiento efectivo.

Además, es esencial que los hombres se sometan a exámenes de mamografía o cualquier otro estudio de imagen recomendado si así lo indica su médico. La colaboración entre el paciente, el personal médico y el técnico de rayos X es fundamental para garantizar que se realicen las pruebas necesarias y se obtengan imágenes de alta calidad. La detección temprana aumenta significativamente las posibilidades de un tratamiento exitoso y una recuperación completa, por lo que la vigilancia y la atención médica son cruciales.

6 Bibliografía

1. Rodriguez Gonzalez, C. (2020). Reporte técnico CONACYT-BIOCONJUGADO FINAL. Instituto de Ingeniería y Tecnología.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 405

FUNCIONES DEL TÉCNICO DE RAYOS EN LA REALIZACIÓN DE UNA ECOGRAFÍA MÚSCULOESQUELÉTICA

LAURA VIVANCOS RODADO

PATRICIA CELAYA ORFILA

SALVADOR ANSON RODRÍGUEZ

LAURA GARCÍA OLANO

CORAL ROMERAL VERA

1 Introducción

La ecografía músculoesquelética es una técnica de diagnóstico por imágenes que se utiliza para evaluar los tejidos musculares, tendones, ligamentos, articulaciones y estructuras óseas del cuerpo. Es una herramienta valiosa en el campo de la medicina deportiva, la ortopedia y la reumatología, ya que permite una evaluación detallada y en tiempo real de las estructuras músculoesqueléticas.

Durante una ecografía músculoesquelética, se aplica un gel conductor en el área de interés y se utiliza un transductor de ultrasonido para emitir ondas de sonido de alta frecuencia que se reflejan en las estructuras internas. Estas ondas son recogidas por el transductor y se convierten en imágenes en tiempo real en una pantalla.

Las ventajas de la ecografía músculoesquelética incluyen su capacidad para identificar lesiones de tejidos blandos, como desgarros musculares, tendinitis, bursitis y quistes, así como para guiar procedimientos de inyección con precisión. Además, es una técnica no invasiva que no utiliza radiación ionizante, lo que la hace segura y adecuada para su uso repetido.

Sin embargo, también tiene limitaciones, como la dificultad para evaluar estructuras profundas o huesos densos, lo que puede requerir otros métodos de diagnóstico por imágenes, como la resonancia magnética o la radiografía.

La ecografía músculoesquelética es una herramienta valiosa para el diagnóstico y seguimiento de lesiones y condiciones musculoesqueléticas. Su capacidad para proporcionar imágenes en tiempo real y su seguridad hacen que sea una elección común en la evaluación de problemas musculares y articulares.

2 Objetivos

Mostrar las funciones del técnico de rayos en la realización de una ecografía musculoesquelética.

3 Metodología

Para 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 técnico de rayos X desempeña un papel importante en la realización de ecografías musculoesqueléticas, contribuyendo al éxito de la evaluación de las estructuras musculoesqueléticas y la comodidad del paciente. A continuación, se describen sus funciones clave en este contexto:

Preparación del Paciente: El técnico debe recibir al paciente, explicar el procedimiento y asegurarse de que comprenda lo que implica la ecografía musculoesquelética. La tranquilidad y la colaboración del paciente son esenciales para obtener imágenes de calidad.

Posicionamiento: El técnico debe posicionar al paciente de manera que el área a evaluar quede accesible y en la posición adecuada para obtener las imágenes necesarias. Esto puede requerir ajustes y adaptaciones según las necesidades del estudio.

Aplicación del Gel: Se aplica un gel conductor en el área de interés para asegurar un buen contacto entre el transductor y la piel del paciente. Esto permite que las ondas ultrasónicas se transmitan y se reciban de manera eficiente.

Selección de Parámetros: El técnico debe seleccionar los parámetros apropiados en el equipo de ultrasonido, como la frecuencia y la profundidad, para obtener imágenes claras y detalladas de las estructuras musculoesqueléticas.

Realización del Examen: Durante el examen, el técnico mueve el transductor de ultrasonido sobre la piel en el área de interés, capturando imágenes en tiempo real en la pantalla. Debe ajustar la posición y el ángulo del transductor para visualizar diferentes perspectivas de las estructuras anatómicas.

Identificación de Anomalías: El técnico debe estar alerta para identificar posibles anomalías o lesiones, como desgarros musculares, tendinitis, bursitis, quistes o inflamación. De ser necesario, puede realizar capturas de imágenes estáticas para documentar hallazgos específicos.

Interacción con el Radiólogo o Médico: Siempre que sea necesario, el técnico colabora con el radiólogo o el médico para discutir los hallazgos, responder preguntas y proporcionar información adicional que pueda ser relevante para el diagnóstico.

Documentación: Es importante registrar y documentar adecuadamente los datos del estudio, incluidas las imágenes y los hallazgos, para su posterior revisión y análisis por parte del equipo médico.

El técnico de rayos X desempeña un papel esencial en la realización de ecografías musculoesqueléticas al preparar al paciente, operar el equipo, obtener imágenes de alta calidad y colaborar con el equipo médico para el diagnóstico y el tratamiento adecuados. Su experiencia y habilidades son fundamentales para

brindar un servicio de calidad en el ámbito de la medicina musculoesquelética.

5 Discusión-Conclusión

Para garantizar una buena realización de una ecografía musculoesquelética, mi recomendación principal como técnico de rayos X es establecer una comunicación efectiva y de confianza con el paciente desde el principio. Explicar el procedimiento, responder a sus preguntas y asegurar su comodidad es esencial para reducir la ansiedad y mejorar la cooperación, lo que a su vez facilita la obtención de imágenes de alta calidad.

Además, es importante mantener un enfoque meticuloso en la técnica de posicionamiento y la aplicación del gel conductor. Asegurarse de que el área de interés esté correctamente alineada y que el gel se aplique uniformemente para garantizar una buena transmisión de las ondas ultrasónicas. También, estar preparado para adaptar la técnica según las necesidades del paciente y la anatomía particular de cada caso.

La colaboración con el equipo médico y la capacitación continua en las últimas técnicas de ecografía son cruciales para brindar un servicio de calidad y contribuir al diagnóstico preciso y el tratamiento efectivo de las condiciones musculoesqueléticas.

6 Bibliografía

1. Rodriguez Gonzalez, C. (2020). Reporte técnico CONACYT-BIOCONJUGADO FINAL. Instituto de Ingeniería y Tecnología.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 406

FUNCIONES DEL TÉCNICO DE RAYOS EN LA REALIZACIÓN DE UNA ECOGRAFÍA ABDOMINAL

LAURA VIVANCOS RODADO

PATRICIA CELAYA ORFILA

SALVADOR ANSON RODRÍGUEZ

LAURA GARCÍA OLANO

CORAL ROMERAL VERA

1 Introducción

La ecografía abdominal es una técnica de diagnóstico por imágenes que se utiliza para examinar los órganos internos del abdomen, como el hígado, los riñones, el páncreas, la vesícula biliar, el bazo y los órganos del sistema digestivo. Es una herramienta invaluable en la medicina, ya que proporciona información detallada sobre la estructura y función de estos órganos sin la necesidad de procedimientos invasivos.

Durante una ecografía abdominal, se aplica un gel conductor en el abdomen del paciente para asegurar un buen contacto entre la piel y el transductor de ultrasonido. El transductor emite ondas de sonido de alta frecuencia que rebotan en los órganos internos y se convierten en imágenes en tiempo real en una pan-

talla. Esto permite al médico o al tecnólogo de ultrasonido visualizar cualquier anormalidad, como masas, cálculos, inflamación o fluidos acumulados.

La ecografía abdominal es una herramienta versátil que se utiliza en una variedad de situaciones clínicas, como el diagnóstico de enfermedades hepáticas, la evaluación de dolor abdominal inexplicado, el seguimiento de tumores, la detección de cálculos biliares y mucho más. Es una técnica segura y no invasiva que no implica radiación ionizante, lo que la hace adecuada para su uso en pacientes de todas las edades, incluidos niños y mujeres embarazadas.

La ecografía abdominal desempeña un papel fundamental en la evaluación y el diagnóstico de diversas condiciones médicas que afectan los órganos abdominales. Su capacidad para proporcionar imágenes en tiempo real y su seguridad la convierten en una herramienta esencial en el campo de la medicina.

2 Objetivos

Mostrar las funciones del técnico de rayos en la realización de una ecografía abdominal.

3 Metodología

Para 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 técnico de rayos X juega un papel esencial en la realización de ecografías abdominales al desempeñar diversas funciones que contribuyen al éxito del estudio y al bienestar del paciente. Aquí se detallan sus funciones clave:

Preparación del Paciente: El técnico recibe al paciente y le proporciona información sobre el procedimiento. Asegura que el paciente esté cómodo y bien in-

formado sobre lo que sucederá durante la ecografía. Además, debe obtener la historia clínica relevante y cualquier información médica previa que pueda ser importante.

Posicionamiento: El técnico posiciona al paciente de manera que se obtengan las mejores vistas de los órganos abdominales de interés. Esto implica posicionar al paciente acostado de espaldas o de lado y, en algunos casos, cambiar de posición durante el examen para visualizar diferentes áreas.

Aplicación del Gel: Antes de colocar el transductor de ultrasonido en la piel, el técnico aplica un gel conductor en el área abdominal del paciente. Este gel mejora la transmisión de las ondas ultrasónicas y asegura una imagen de alta calidad.

Ajuste de Parámetros: El técnico configura el equipo de ultrasonido seleccionando los parámetros adecuados, como la frecuencia y la profundidad de penetración, según las necesidades del estudio. Esto garantiza que las imágenes sean claras y detalladas.

Exploración y Captura de Imágenes: Durante el examen, el técnico guía el transductor de ultrasonido sobre el área abdominal, capturando imágenes en tiempo real en una pantalla. Debe ajustar la posición y el ángulo del transductor para obtener vistas completas y detalladas de los órganos internos.

Identificación de Anomalías: El técnico debe estar atento para identificar posibles anomalías, como masas, cálculos o inflamación, y tomar capturas de pantalla de estas áreas para su documentación.

Colaboración con el Radiólogo o el Médico: En caso de encontrar hallazgos inusuales o difíciles de interpretar, el técnico trabaja en estrecha colaboración con el radiólogo o el médico para discutir los resultados y proporcionar información adicional.

Documentación y Registros: El técnico debe mantener registros precisos de los datos del estudio, incluidas las imágenes y las observaciones, para que estén disponibles para su revisión y análisis médico.

La labor del técnico de rayos X en una ecografía abdominal es crucial para obtener imágenes de alta calidad que permitan un diagnóstico preciso y una atención médica efectiva. Su habilidad para interactuar con el paciente, configurar el equipo y colaborar con el equipo médico contribuye al éxito global del estudio.

5 Discusión-Conclusión

Para asegurar una buena realización de una ecografía abdominal, es fundamental establecer una comunicación efectiva con el paciente desde el principio. Explique claramente el procedimiento, respondiendo a sus preguntas y tranquilizándolo. Un paciente relajado y colaborador mejora la calidad de las imágenes.

La aplicación del gel conductor también es crucial. Asegúrese de cubrir completamente el área de exploración para obtener una transmisión de ultrasonido óptima. Además, mantenga una técnica de escaneo constante y suave, evitando presiones excesivas sobre la piel, lo que podría causar molestias.

La adaptación a las necesidades del paciente es esencial. Sea flexible al posicionar al paciente, especialmente si experimenta incomodidad. Colabore estrechamente con el radiólogo o el médico y documente detalladamente los hallazgos. Mantenga un enfoque en la ética y la privacidad del paciente en todo momento. Con estas prácticas, contribuirá a una ecografía abdominal exitosa y proporcionará información valiosa para el diagnóstico médico.

6 Bibliografía

1. Rodriguez Gonzalez, C. (2020). Reporte técnico CONACYT-BIOCONJUGADO FINAL. Instituto de Ingeniería y Tecnología.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 407

RADIOLOGÍA PEDIÁTRICA Y EL TÉCNICO DE RAYOS

SERGIO FERNÁNDEZ-BALBUENA FERNÁNDEZ

ABEL MANUEL JIMÉNEZ CRUZ

MARTA LADERA ROJAS

ANA BELÉN RAYO OJEDA

BEATRIZ DEL PINO FERNÁNDEZ

1 Introducción

La radiología pediátrica, una rama especializada de la radiología médica, es un campo de vital importancia en el ámbito de la salud infantil. Los niños y adolescentes, debido a sus características anatómicas y fisiológicas únicas, requieren un enfoque diagnóstico y terapéutico específico y cuidadoso. La radiología pediátrica se ha convertido en una herramienta esencial para el diagnóstico temprano y preciso de una amplia gama de afecciones, desde enfermedades congénitas hasta lesiones traumáticas.

Este trabajo se propone explorar en profundidad la radiología pediátrica, su alcance y aplicaciones clínicas, y cómo los técnicos de radiología desempeñan un papel fundamental en la obtención de imágenes de alta calidad y en la seguridad de los jóvenes pacientes. Además, se abordarán las tecnologías y técnicas específicas utilizadas en este campo, enfatizando la importancia de minimizar la exposición a la radiación y optimizar la atención médica.

A lo largo de este trabajo, descubriremos cómo la radiología pediátrica ha revolucionado la medicina pediátrica al permitir la detección temprana de enfermedades, guiar procedimientos terapéuticos y mejorar la calidad de vida de los niños y adolescentes. También exploraremos las consideraciones éticas y de seguridad que son esenciales en este campo, asegurando que la atención médica pediátrica sea efectiva, precisa y, sobre todo, segura.

2 Objetivos

Los objetivos de este trabajo son los siguientes:

1. Comprender la importancia de la radiología pediátrica.
2. Analizar las aplicaciones clínicas.
3. Explorar la tecnología y técnicas.
4. Destacar la seguridad y el bienestar 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

Tras examinar un conjunto diverso de casos pediátricos, se han observado resultados significativos que subrayan la importancia de la radiología en la atención médica de los niños. A continuación, se presentan algunos de los resultados más destacados:

Detección temprana de anomalías congénitas: la radiología pediátrica ha demostrado ser fundamental en la detección temprana de anomalías congénitas, como cardiopatías, malformaciones en el sistema nervioso y anomalías gastrointestinales. La capacidad de obtener imágenes precisas y detalladas permite a los médicos planificar cirugías correctivas y tratamientos médicos desde una etapa temprana, mejorando así las perspectivas de salud a largo plazo de los niños.

Evaluación de traumatismos: los niños son propensos a lesiones y fracturas debido a su naturaleza activa y juguetona. La radiología desempeña un papel esencial en la evaluación de lesiones traumáticas, permitiendo a los médicos diagnosticar fracturas óseas, luxaciones y lesiones internas. Esto es crucial para garantizar que los niños reciban el tratamiento adecuado y se recuperen completamente.

Seguimiento de tratamientos: la radiología pediátrica es esencial para el seguimiento de tratamientos médicos y quirúrgicos. Proporciona imágenes que permiten a los médicos evaluar la eficacia de los tratamientos, el progreso de enfermedades crónicas y la recuperación postoperatoria. Esto asegura que los niños reciban atención personalizada y ajustes en su tratamiento según sea necesario.

Investigación y desarrollo: la radiología pediátrica también ha contribuido significativamente a la investigación médica en niños. Las imágenes radiológicas de alta calidad son fundamentales para estudios clínicos pediátricos, lo que ha llevado al desarrollo de nuevas terapias y enfoques para tratar enfermedades pediátricas. La radiología también desempeña un papel crucial en la investigación de enfermedades raras en niños.

Minimización de la radiación: un enfoque importante en la radiología pediátrica es la minimización de la radiación ionizante. Dado que los niños son más sensibles a los efectos de la radiación, se han implementado protocolos específicos para reducir la exposición. Esto incluye el uso de técnicas de imagen avanzadas y dosis de radiación más bajas para garantizar la seguridad de los pacientes jóvenes, como por ejemplo, la reducción de dosis y el uso de protectores de plomo para garantizar la seguridad del paciente.

Colaboración multidisciplinaria: los radiólogos pediátricos trabajan estrechamente con pediatras, cirujanos pediátricos y otros especialistas para proporcionar atención integral a los niños. Esta colaboración es crucial para un diagnóstico y tratamiento precisos.

Tipos de procedimientos:

Imagenología diagnóstica en niños: la radiología pediátrica abarca una amplia gama de técnicas de diagnóstico por imágenes, como radiografías, ultrasonidos, tomografías computarizadas (TC) y resonancias magnéticas (RM). Estas modalidades se utilizan para evaluar diversas afecciones, desde lesiones traumáticas hasta enfermedades congénitas:

- Radiografías pediátricas: las radiografías son una herramienta común en la radiología pediátrica. Se utilizan para evaluar fracturas óseas, infecciones pulmonares, neumonías, trastornos gastrointestinales y más. Se presta especial atención a la minimización de la radiación en los niños, y se emplean técnicas de reducción de dosis siempre que sea posible.
- Ultrasonido pediátrico: el ultrasonido es una modalidad de diagnóstico por imágenes que no utiliza radiación ionizante y, por lo tanto, es segura para los niños. Se utiliza para evaluar una variedad de condiciones, como anomalías cardíacas congénitas, trastornos abdominales y afecciones en el área pélvica.
- Tomografía computarizada pediátrica: si bien se utiliza con moderación debido a la exposición a la radiación, la TC pediátrica es valiosa para evaluar afecciones complejas como traumatismos craneales, tumores y enfermedades neurológicas. Se ajustan las dosis de radiación para minimizar los riesgos.
- Resonancia magnética pediátrica: la RM es una herramienta poderosa para el diagnóstico en niños y se utiliza para evaluar el cerebro, la médula espinal, el sistema músculo-esquelético y más. No involucra radiación ionizante, lo que la hace ideal para ciertas afecciones pediátricas.
- Radiología intervencionista pediátrica: esta subespecialidad se enfoca en procedimientos guiados por imágenes para el tratamiento de afecciones pediátricas. Esto puede incluir la colocación de catéteres, drenajes y la embolización de vasos sanguíneos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la radiología pediátrica es una disciplina esencial en el campo de la medicina que se enfoca en proporcionar diagnósticos precisos y seguros para los pacientes más jóvenes. A lo largo de este trabajo, hemos explorado diversas facetas de esta especialidad, desde las técnicas de diagnóstico por imágenes utilizadas hasta los protocolos de seguridad implementados.

Los resultados más amplios revelan que la radiología pediátrica abarca una amplia variedad de modalidades de diagnóstico por imágenes, incluidas las radiografías, ultrasonidos, tomografías computarizadas y resonancias magnéticas, cada una de las cuales desempeña un papel crucial en la evaluación de diferentes afecciones pediátricas. Se destaca la importancia de ajustar las dosis de radiación para minimizar los riesgos, especialmente en los niños, que son más sensibles a

los efectos de la radiación.

Asimismo, hemos discutido la importancia de la colaboración multidisciplinaria en la radiología pediátrica, donde los radiólogos trabajan en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud para garantizar un enfoque integral en el cuidado del paciente.

La investigación en radiología pediátrica también es un aspecto crucial, ya que permite el desarrollo de técnicas más avanzadas y seguras, con el objetivo de mejorar la atención brindada a los niños.

En definitiva, la radiología pediátrica continúa evolucionando con avances tecnológicos y protocolos de seguridad mejorados, lo que garantiza que los pacientes pediátricos reciban la atención más precisa y segura posible. Esta disciplina desempeña un papel fundamental en el diagnóstico temprano y preciso de afecciones pediátricas, contribuyendo así a un mejor pronóstico y calidad de vida para los niños en todo el mundo.

6 Bibliografía

1. <https://www.actualpacs.com/blog/2023/05/09/radiologia-pediatrica-caracteristicas-y-tecnicas-de-imagen-mas-utilizadas/>.
2. <https://www.radiologyinfo.org/es/info/pediatric-xray>.
3. <https://www.aepap.org/sites/default/files/radiologia.pdf>.
4. <https://www.elhospital.com/es/noticias/radiologia-pediatrica-consideracion-con-la-infancia>.

Capítulo 408

FORMACIÓN DEL TÉCNICO DE LABORATORIO EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS ENTERITIS BACTERIANAS MEDIANTE EL COPROCULTIVO

VICTORIA AGUDO SANCHEZ

YOLANDA MANSILLA FUNEZ

MARÍA VIRGINIA LÓPEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Las enteritis infecciosas están causadas por virus en un 70% de los casos, por bacterias en un 20% de los casos y en el 10% restante por parásitos. La sintomatología de las enteritis consiste en dolor abdominal, diarrea, náuseas, vómitos y fiebre.

La importancia de la gastroenteritis bacteriana radica en que puede llegar a causar síntomas graves e incluso llegar a ser mortal para el paciente. Por tanto, el diagnóstico precoz de dichas infecciones resulta vital debido a que el tratamiento efectivo dependerá de la identificación del patógeno causante y su eliminación del organismo lo más rápido posible.

La transmisión de la gastroenteritis bacteriana es debida a que el paciente ingiere comida o agua contaminadas por la manipulación indebida de dichos alimentos o por vía fecal-oral por falta de una correcta higiene de la persona portadora de la bacteria.

El diagnóstico se realiza mediante el cultivo de las heces, utilizando medios selectivos y diferenciales debido a los numerosos microorganismos que forman parte

de la microbiota intestinal. También se utilizan medios de enriquecimiento para aumentar la rentabilidad del cultivo. Para ello es importante que la recogida de la muestra, el envío y el procesamiento se realice correctamente siguiendo el protocolo correspondiente.

2 Objetivos

- Definir los agentes causantes de la enteritis infecciosa y concretamente bacteriana
- Exponer las técnicas diagnósticas de las infecciones gastrointestinales bacterianas mediante el coprocultivo

3 Metodología

En la elaboración del presente capítulo se ha revisado información procedente de libros formativos, artículos científicos de bases de datos médicas y otras fuentes. Dichos artículos se encuentran revisados en la actualidad o han sido publicados de forma reciente por profesionales de la materia.

4 Resultados

Una vez recogida la muestra en un frasco estéril y enviado en menos de 4 o 6 horas se pueden realizar diferentes cultivos.

- Placa Salmonella – Shigella de 35 a 37°C durante 24 horas: consiste en un medio de inhibición de bacterias grampositivas por sales biliares y colorantes, por lo que es un medio selectivo para bacilos gramnegativos. Contiene lactosa que permite diferenciar microorganismos que no la fermentan y que crecerán formando colonias transparentes, siendo las fermentadoras de la lactosa de color rosa.
- Placa Levine de 35 a 37°C durante 24 horas: inhibición de grampositivos mediante colorantes y diferenciación de la fermentación de la lactosa. Este medio se utiliza para aislar *Escherichia Coli*. *Salmonella* y *Shigella* también pueden crecer en este medio, aunque no son fermentadoras de la lactosa y presentarán colonias transparentes.
- Placa Cefsulodina – Irgasan – Novobiocina de 25 a 30°C durante 24 horas. Este medio inhibe bacterias grampositivas y la mayoría de gramnegativas por antibióticos, colorantes y desoxicolato sódico. Se utiliza para aislar *Yersinia* sp. y *Aeromonas* sp.

- Placa selectiva *Campylobacter jejuni* a 42°C de 2 a 4 días: inhibición de la microbiota intestinal mediante antibióticos.
- Tubo de caldo de selenito de sodio de 35 a 37°C durante 18-20 horas: incluye nutrientes para el crecimiento bacteriano e inhibe la microbiota intestinal. Para aumentar la probabilidad de aislar *Salmonella* entérica (uno de los enteropatógenos más frecuentes) se incluye este medio de enriquecimiento. Una vez transcurridas las horas de incubación en este medio se puede hacer una resiembra a un medio sólido como el Agar S-S.

Las indicaciones para realizar el coprocultivo son enteritis graves en pacientes con alguna de las siguientes situaciones:

- Edades extremas
- SIDA
- Síndrome hemolítico- urémico
- Hospitalizados
- Brotes epidémicos asociados al consumo de agua o alimentos

5 Discusión-Conclusión

Las enteritis bacterianas son infecciones causadas por diferentes patógenos que deben identificarse para tratar al paciente de forma adecuada. La dificultad de la identificación de las bacterias en estas infecciones radica en diferenciarlas de la microbiota intestinal. En determinadas ocasiones será necesario realizar un coprocultivo para el correcto diagnóstico y tratamiento del paciente, siendo de gran importancia que el proceso sea rápido para evitar el avance de la infección. El Técnico de Laboratorio se encargará de realizar el coprocultivo en el medio correspondiente. Es por esto que el Técnico debe conocer la composición de los diferentes medios de cultivo, las bacterias que pueden identificarse con estos y el protocolo a seguir.

6 Bibliografía

1. Vila, J., Álvarez-Martínez, M. J., Buesa, J., & Castillo, J. (2009). Diagnóstico microbiológico de las infecciones gastrointestinales. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 27(7), 406-411. [Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2008.11.009>]
2. World Health Organization (2020) *Campylobacter*. [Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/campylobacter>]

Capítulo 409

PRINCIPALES PROCESOS INFECCIOSOS DE VÍAS RESPIRATORIAS Y LA INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO DE LABORATORIO EN SU DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO

VICTORIA AGUDO SANCHEZ

MARÍA VIRGINIA LÓPEZ RODRÍGUEZ

YOLANDA MANSILLA FUNEZ

1 Introducción

El sistema respiratorio se divide en vías superiores o altas, que incluyen estructuras anatómicas situadas de forma anterior a la tráquea, oído y senos paranasales; y vías inferiores o bajas que incluyen zonas anatómicas posteriores a la tráquea.

Los principales procesos infecciosos de las vías altas son otitis, sinusitis, faringoamigdalitis, epiglotitis y traqueítis. Los de las vías bajas son: bronquitis, neumonía, pleuritis y absceso pulmonar.

Estos procesos infecciosos están causados por diferentes microorganismos que pueden identificarse recogiendo muestras biológicas del paciente y analizándolas en el laboratorio mediante diferentes pruebas diagnósticas. Algunas de estas muestras son: el esputo, el aspirado traqueal, el broncoaspirado, el lavado broncoalveolar y el cepillado bronquial. También pueden recogerse muestras como el

exudado o pus que drena en la otitis. Estas muestras pueden utilizarse en medios de cultivo de diferentes tipos para identificar microorganismos bacterianos y en técnicas de ampliación de ADN o ARN como la PCR múltiple para identificar virus de la forma más rápida posible. Algunos patógenos pueden invadir otras áreas del organismo como por ejemplo *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y *Neisseria meningitidis*, que comienzan la colonización en la nasofaringe y pueden llegar a producir meningitis si son capaces de atravesar la mucosa faríngea e invadir el torrente sanguíneo.

2 Objetivos

- Definir los diferentes procesos infecciosos de las vías respiratorias altas y bajas
- Exponer las causas de estas infecciones y su diagnóstico en el laboratorio

3 Metodología

En la realización del presente capítulo se ha llevado a cabo una revisión de artículos científicos y libros de formación en la materia de diferentes fuentes. Tras esta lectura se ha redactado una síntesis de la información más relevante desarrollando los diferentes objetivos.

4 Resultados

Procesos de las vías respiratorias superiores:

- Otitis media: producida por *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae* entre otros. Es la infección más frecuente y suele estar producida por bacterias, afectando al canal auditivo, si no llega a otitis media es otitis externa. La muestra se obtiene por timpanocentesis, a través de la espiración y evitando la contaminación por la microbiota del oído externo. En el caso de que haya perforación timpánica espontánea se puede recoger el exudado que drena.
- Sinusitis: afecta a los senos paranasales, que son conductos recubiertos por un epitelio ciliar con orificios que drenan a las fosas nasales). Las fosas nasales tienen una microbiota saprófita que puede llegar a los senos y multiplicarse, produciendo una reacción inflamatoria. La mayoría están producidas por virus y en algunos casos puede aparecer una infección bacteriana secundaria. Se recoge la muestra para el estudio directamente de los conductos nasales, aunque es probable la contaminación por lo que se puede utilizar un endoscopio.

- Faringoamigdalitis: producida por virus normalmente, aunque también por bacterias como *Streptococcus pyogenes* en pacientes de 5 a 15 años (se realiza un cultivo y detección de antígenos), *Arcanobacterium* spp y *Streptococcus* sp. grupo C y G. Es importante detectar si el causante es *Streptococcus pyogenes* porque se asocia a la enfermedad autoinmune fiebre reumática. Se recoge la muestra con un depresor para inmovilizar la lengua y un hisopo que recoja el pus de la faringe o amígdalas. Se pueden detectar de forma rápida los antígenos mediante anticuerpos específicos.

- Epiglotitis: No se recomienda tomar muestras para evitar obstrucción respiratoria.

Procesos de las vías respiratorias inferiores:

- Bronquitis aguda: generalmente producida por virus respiratorios que pueden detectarse mediante una PCR.

- Neumonía: la técnica diagnóstica microbiológica es el cultivo del esputo evitando la contaminación.

- Pleuritis: se realizará una toracocentesis para obtener líquido pleural y analizarlo.

- Absceso pulmonar: la muestra se obtiene por punción y aspiración del contenido del absceso.

Los medios de cultivo utilizados habitualmente son agar sangre, medio en el que crecerán la mayoría de bacterias y agar chocolate, para aislar especies de *Haemophilus*.

5 Discusión-Conclusión

Las infecciones del sistema respiratorio pueden afectar a las vías superiores o a las vías inferiores, siendo diferentes microorganismos los causantes. Para el diagnóstico microbiológico en el laboratorio se requiere la toma de diferentes muestras, que dependerán de la infección y el lugar afectado, como por ejemplo muestras de esputo o muestras de lavado broncoalveolar. Las muestras obtenidas serán llevadas a medios de cultivo o se realizarán otras técnicas diagnósticas como la Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR). En determinadas ocasiones será necesario un diagnóstico preciso debido a las posibles complicaciones de estas infecciones, por lo que el papel del Técnico de Laboratorio será vital para el correcto tratamiento del paciente.

6 Bibliografía

1. Diagnóstico microbiológico de las infecciones del tracto respiratorio superior. Recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica.
2. Waites KB, Saubolle MA, Talkington DF, et al. Cumitech 10A: laboratory diagnosis of upper respiratory tract infections. Sharp SE, coordinating ed. Washington, DC: ASM Press, 2006.

Capítulo 410

EL PAPEL DEL TÉCNICO DE LABORATORIO EN EL UROCULTIVO PARA EL DIAGNÓSTICO DE LAS INFECCIONES DE LAS VÍAS URINARIAS

VICTORIA AGUDO SANCHEZ

YOLANDA MANSILLA FUNEZ

MARÍA VIRGINIA LÓPEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Las vías urinarias pueden dividirse en vías altas (riñones y uréteres) y bajas (vejiga, uretra y próstata). En las vías bajas la infección es cistitis, en la cual habrá inflamación de la vejiga urinaria. En las vías altas será pielonefritis, una infección del tracto urinario ascendente que ha llegado a la pelvis renal, es decir, afecta al riñón.

La sintomatología en la cistitis consta de polaquiuria (un aumento del número de micciones) y disuria (dolor al orinar), mientras que en la pielonefritis habrá dolor abdominal y lumbar y fiebre. El signo de la puño-percusión renal indicará pielonefritis aguda.

Para identificar el microorganismo causante de estas infecciones será necesario realizar un urocultivo, es decir, un cultivo de orina.

Para realizar el urocultivo es necesario que la recogida de la muestra sea en un frasco estéril de la parte media de una micción espontánea. En niños o lactantes se recogerá la orina en una bolsa recolectora, y en pacientes sondados se recogerá de la sonda. También se puede realizar una punción suprapúbica en casos necesarios. Una vez la muestra ha sido recogida se debe enviar al laboratorio con un máximo de 2 horas de diferencia. En caso de que no pueda enviarse en este periodo de tiempo, será necesario refrigerarla o añadir un preservante como el ácido bórico.

2 Objetivos

- Enumerar los signos y síntomas de las infecciones de vías urinarias
- Exponer el urinocultivo como técnica diagnóstica de las infecciones de las vías urinarias

3 Metodología

En la elaboración de este capítulo se ha recogido información de diversas fuentes enumeradas en la bibliografía. Tras la obtención de esta información procedente de artículos científicos o libros de formación en el ámbito a desarrollar, por último se ha llevado a cabo la redacción.

4 Resultados

Una vez la orina ha sido recogida correctamente y ha llegado al laboratorio en condiciones óptimas, se realizará un sedimento de la orina y un examen en fresco de este sedimento. Para la realización del cultivo de orina se utilizará un asa calibrada de 1 microlitro o de 10 microlitros.

Los medios de cultivo utilizados son el MacConkey o Levine y el Agar Sangre. El medio MacConkey es selectivo y solo crecerán en este los bacilos gramnegativos, mientras que el Agar sangre es diferencial y permite que crezcan la mayoría de bacterias que producen infección urinaria.

Otro medio que puede utilizarse es el CLED (Cysteine Lactose Electrolyte Deficient). Este medio permite el crecimiento de la mayoría de bacterias que producen infección urinaria, por lo que es un medio diferencial debido a la presencia de lactosa en el medio. Las bacterias que fermentan la lactosa producirán una reducción del pH, una acidificación del medio que modifica el color de verde a amarillo. Por

ejemplo, la bacteria *Escherichia coli* (la mayor causante de infecciones urinarias) es fermentadora de la lactosa.

Actualmente están comenzando a usarse medios cromogénicos, que incorporan sustratos que al ser hidrolizados por enzimas microbianas específicas producen colonias pigmentadas características.

Una vez se ha realizado el cultivo, se incuba y se recuentan las colonias. La siembra del cultivo de orina es cuantitativa y depende del asa utilizada para realizar el recuento final. Un asa de 1 microlitro será un número de UFC (unidades formadoras de colonias) multiplicado por 1000, mientras que la de 10 microlitros se multiplicará por 100.

Para valorar el urocultivo se tendrá en cuenta que en mujeres la cistitis es mayor a 1×10^2 UFC por ml, mientras que en hombres es 1×10^3 UFC y se debe valorar en función de la clínica.

5 Discusión-Conclusión

Las infecciones urinarias son frecuentes y deben ser diagnosticadas, siendo una de las técnicas diagnósticas el urocultivo. La muestra debe ser recogida por el paciente o por el profesional sanitario de forma correcta para evitar la contaminación. Los diferentes medios de cultivo utilizados son Levine, Agar sangre y CLED, permitiendo diferenciar las diferentes bacterias que producen las infecciones. El Técnico de Laboratorio realizará el cultivo siguiendo el protocolo y permitiendo el recuento de las Unidades Formadoras de Colonias, que junto a la clínica permitirá al médico diagnosticar y tratar la infección del paciente. Es importante además que el Técnico se mantenga actualizado, conociendo los nuevos métodos como los medios cromogénicos.

6 Bibliografía

1. Diagnóstico microbiológico de las infecciones del tracto urinario. Recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. 2019. [Disponible en: <https://seimc.org/contenidos/documentoscientificos/procedimientosmicrobiologia/seimc-procedimiento14a.pdf>]
]
2. D. C. (2005, 3 diciembre). Diagnóstico microbiológico de la infección del tracto urinario. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. [Disponible

en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-diagnostico-microbiologico-infeccion-del-tracto-13091443>
]

Capítulo 411

RESONANCIA MÁGNETICA FETAL

CLAUDIA BUJÁN GRANADOS

ALICIA BALLESTEROS AMORES

ALBA BRISA RAMÍREZ

MARIA PANIZO CORCHERO

TAMARA RUIZ MADEJON

1 Introducción

La resonancia magnética fetal es una técnica de diagnóstico por imágenes que se ha convertido en una herramienta invaluable en el campo de la medicina prenatal. A través de campos magnéticos y ondas de radio, se pueden obtener imágenes en 3D y 4D del feto, permitiendo una evaluación precisa de su desarrollo y la detección temprana de posibles anomalías. Permite obtener información detallada y precisa sobre el feto en desarrollo dentro del útero materno, lo que brinda a los médicos una visión más clara y completa de la salud y el desarrollo del bebé.

A diferencia de otros métodos de imagen, como la ecografía, la resonancia magnética fetal utiliza campos magnéticos y ondas de radio para generar imágenes tridimensionales de alta resolución. Estas imágenes proporcionan una visión detallada de la anatomía fetal, permitiendo detectar cualquier anomalía o malformación estructural que pueda estar presente.

La resonancia magnética fetal se utiliza principalmente en casos de alto riesgo, donde existen preocupaciones específicas sobre la salud del feto. También se

puede utilizar cuando los resultados de otras pruebas no son concluyentes o insuficientes para realizar un diagnóstico preciso.

Esta técnica de imagen ha demostrado ser especialmente útil en la detección y evaluación de malformaciones congénitas, trastornos del sistema nervioso central y problemas cardíacos. Además, puede proporcionar información sobre el desarrollo de órganos vitales, como los pulmones, el cerebro y el corazón.

Es importante destacar que la resonancia magnética fetal se considera segura tanto para la madre como para el feto, aunque se deben tomar precauciones especiales durante el embarazo. Cada caso debe ser evaluado individualmente, y es fundamental discutir los riesgos y beneficios con el médico antes de decidir someterse a este procedimiento.

En resumen, la resonancia magnética fetal ha revolucionado la forma en que se diagnostican y monitorean las condiciones de salud del feto durante el embarazo. Proporciona imágenes detalladas y precisas, permitiendo a los médicos tomar decisiones informadas y brindar el mejor cuidado posible tanto para la madre como para el bebé en desarrollo.

2 Objetivos

Dar a conocer la resonancia magnética fetal y sus objetivos.

3 Metodología

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

4 Resultados

Uno de los objetivos fundamentales es detectar y diagnosticar malformaciones congénitas o trastornos del desarrollo fetal. La resonancia magnética fetal proporciona imágenes tridimensionales de alta resolución que permiten a los médicos visualizar con precisión las estructuras anatómicas del feto. Esto les ayuda a identificar cualquier alteración en el desarrollo normal, como defectos cardíacos, anomalías cerebrales, problemas en la columna vertebral o en los órganos

abdominales.

Además, la resonancia magnética fetal también se utiliza para evaluar el sistema nervioso central del feto. Permite detectar posibles trastornos neurológicos o anomalías cerebrales, como hidrocefalia, agenesia del cuerpo calloso o malformaciones del cerebelo. Esta información es crucial para planificar el manejo y los cuidados posteriores al nacimiento.

Otro objetivo importante es evaluar el desarrollo pulmonar y cardíaco del feto. La resonancia magnética fetal puede proporcionar imágenes detalladas de los pulmones y el corazón en desarrollo, permitiendo detectar posibles malformaciones o alteraciones que puedan afectar la función respiratoria o cardiovascular del bebé.

Además de los aspectos diagnósticos, la resonancia magnética fetal también puede ser utilizada para guiar intervenciones terapéuticas antes del nacimiento. Por ejemplo, en casos de malformaciones congénitas corregibles quirúrgicamente, la resonancia magnética puede ayudar a los cirujanos a planificar y preparar el procedimiento.

En resumen, el objetivo principal de la resonancia magnética fetal es proporcionar información precisa y detallada sobre la salud y el desarrollo del feto en el útero materno. Esto permite detectar anomalías estructurales, evaluar el sistema nervioso central, monitorear el desarrollo de órganos vitales y planificar intervenciones terapéuticas cuando sea necesario. La resonancia magnética fetal es una herramienta invaluable en el campo de la medicina prenatal, que ayuda a los médicos a tomar decisiones informadas y brindar el mejor cuidado posible tanto para la madre como para el bebé en desarrollo.

La metodología de la resonancia magnética fetal implica la colocación de la madre en una máquina de resonancia magnética específica para embarazadas. Se utilizan campos magnéticos y ondas de radio para obtener imágenes detalladas del feto en diferentes planos y secuencias. Se pueden utilizar técnicas especializadas, como la secuencia de difusión o espectroscopía, para obtener información adicional sobre el desarrollo y la salud del feto. Es importante seguir las pautas de seguridad y preparación adecuadas para garantizar un procedimiento seguro y efectivo.

La toma de imágenes del feto por resonancia magnética nuclear (RMN) utiliza un poderoso campo magnético, ondas de radio y un ordenador para producir fotografías del feto adentro de su cuerpo. La RMN no utiliza radiación, y actual-

mente no hay evidencia en la literatura médica de que la RMN sea dañina para el feto. Sin embargo, los médicos evitan utilizar contrastes endovenosos para la RMN durante el embarazo.

Durante el procedimiento, la madre se coloca en una máquina de resonancia magnética específica para embarazadas. Se utilizan protocolos y secuencias de imágenes especializadas para capturar imágenes detalladas del feto en diferentes planos y obtener información sobre su anatomía, estructuras cerebrales, órganos y sistema musculoesquelético.

Durante el examen, el técnico podría utilizar una técnica ultra rápida de "snapshot" para capturar rápidamente imágenes si el feto está moviéndose constantemente.

La resonancia magnética fetal es especialmente útil en la detección temprana de malformaciones congénitas, anomalías del sistema nervioso central y otras patologías que puedan afectar el desarrollo fetal. También puede ayudar en la planificación de intervenciones quirúrgicas antes del nacimiento, permitiendo una atención médica más precisa y mejorando los resultados tanto para el feto como para la madre.

Es importante destacar que la resonancia magnética fetal debe realizarse siguiendo las pautas de seguridad adecuadas para garantizar la protección tanto de la madre como del feto. El procedimiento suele ser seguro, pero se deben tener en cuenta las consideraciones individuales de cada caso.

La RMN del feto podría ser adecuada durante el primer trimestre del embarazo en caso de que se trate una emergencia médica. De otra forma, los médicos generalmente realizan la RMN en el segundo o tercer trimestre para hacer un seguimiento de las posibles anomalías del feto que se hayan encontrado durante un examen por ultrasonido.

Los médicos utilizan la RMN del feto para: evaluar anomalías en las siguientes partes del bebé:

- cerebro
- columna vertebral
- cuerpo
- Cuello y cara
- Pulmones y pecho
- abdomen y pelvis, incluyendo los intestinos, la vejiga, y los riñones
- placenta
- extremidades
- confirmar una posible anomalía detectada por ultrasonido

- brindar información para diagnóstico, terapia, y parto
- seguimiento de pruebas genéticas que indican que la paciente embarazada tiene un riesgo aumentado para un síndrome

El médico puede utilizar la RMN del feto para confirmar un diagnóstico o brindar información adicional sobre posibles defectos de nacimiento, incluyendo (pero no limitado a):

- espina bífida
- defectos congénitos del corazón
- gastrosquisis
- malformaciones congénitas de las vías aéreas pulmonares
- anormalidades genéticas
- síndrome de transfusión de gemelo
- anomalías del cerebro

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la resonancia magnética fetal es una técnica de diagnóstico por imágenes que ha revolucionado la medicina prenatal. Proporciona imágenes detalladas y precisas del feto en desarrollo, permitiendo la detección temprana de malformaciones y trastornos. Esto facilita la planificación de cuidados y tratamientos adecuados, mejorando los resultados para el bebé y la madre. Si bien se deben considerar los riesgos y beneficios individuales en cada caso, la resonancia magnética fetal se ha demostrado segura y efectiva en el diagnóstico y monitoreo de condiciones de salud fetal. Es una herramienta invaluable que ha mejorado la atención prenatal y brinda tranquilidad a las familias.

6 Bibliografía

1. Resonancia magnética fetal [Internet]. Hospital Universitario Quirón-salud Madrid. Disponible en: <https://www.quironsalud.com/hospital-madrid/es/cartera-servicios/diagnostico-imagen/tecnicas/resonancia-magnetica-fetal>.
2. Radiological Society of North America (RSNA), American College of Radiology (ACR). RMN del feto [Internet]. Radiologyinfo.org. Disponible en: <https://www.radiologyinfo.org/es/info/fetal-mri>.
3. Martín C, Darnell A, Durán C, Mellado F, Corona M. Resonancia magnética fetal: técnica, aplicaciones y anatomía normal del feto. Radiología [Internet]. 2003;45(3):133–44. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista>

radiologia-119-articulo-resonancia-magnetica-fetal-tecnica-aplicaciones-
S0033833803778795.

Capítulo 412

INFORMÁTICA BIOMÉDICA

MARIO PICAZO GALLEGO

1 Introducción

La Informática Biomédica es la informática en el cuidado de la salud. Es un campo de la ciencia que utiliza las tecnologías de la información para mejorar la salud proporcionando mejor calidad, mayor eficiencia (disminuyendo costos y mejorando la disponibilidad) y nuevas oportunidades.

Las disciplinas involucradas incluyen ciencias de la información, ciencias computacionales, ciencias sociales, ciencias del comportamiento, ciencias administrativas, entre otras.

La informática biomédica es un campo interdisciplinario que combina los conocimientos de la informática y la medicina para mejorar la atención médica, el diagnóstico y la investigación biomédica.

La bioinformática o informática biomédica se ocupa de la investigación, desarrollo y aplicación de soluciones computacionales al trabajo con datos biológicos. Hace uso de técnicas estadísticas y al uso de los últimos avances en computación como la inteligencia artificial.

Nace a comienzos de los años 60 como parte de la investigación del análisis de la secuencia de proteínas. Así, forma parte fundamental de avances como el desarrollo de la biología molecular, el descubrimiento de la secuencia del ADN o la secuenciación del genoma humano en 2004.

La Informática Biomédica posibilita la utilización de la inteligencia artificial y del big data en el ámbito sanitario, lo que permite:

- Trabajar en modelos de predicción claves en la medicina actual y del futuro.
- Facilitar el acceso a la información médica tanto a los profesionales sanitarios como a los pacientes.
- Mejorar la atención sanitaria

Esto es posible gracias a los avances que se producen de forma continuada en el tratamiento de grandes volúmenes de datos, así como a la utilización exitosa de algoritmos de inteligencia artificial.

Ejemplos de aplicación de esta disciplina:

- Profundizar y abrir nuevos campos en la investigación de la biología molecular, gracias a lo cual se han descubierto, y seguiremos descubriendo, nuevas formas de tratar y prevenir enfermedades.
- Facilitar la formación y comunicación entre profesionales gracias al desarrollo de soluciones en el ámbito de la telemedicina.
- Mejora el acceso de los pacientes a su información médico-sanitaria a través del desarrollo e implementación de soluciones de recogida y consulta de datos médicos.
- Mejoran los tiempos de espera en el circuito sanitario y la prestación de servicios al paciente.

En este artículo se proporcionará una visión general de la informática biomédica, así como su impacto en la salud y el bienestar de las personas.

2 Objetivos

Dar a conocer las utilidades de la informática biomédica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 metodología en informática biomédica implica el uso de tecnologías de la información y la comunicación para recopilar, organizar y analizar datos médicos. Esto incluye la implementación de sistemas de información hospitalaria, el desarrollo de algoritmos para el procesamiento de imágenes médicas, la utilización de técnicas de minería de datos para descubrir patrones y tendencias en grandes conjuntos de datos, y la aplicación de modelos de aprendizaje automático para la predicción y el diagnóstico médico.

Los avances en informática biomédica han dado lugar a numerosos resultados positivos. Por ejemplo, la implementación de registros electrónicos de salud ha mejorado la accesibilidad y la calidad de la atención médica, permitiendo a los profesionales de la salud acceder rápidamente a la información del paciente y compartir datos entre diferentes instituciones. Además, el uso de algoritmos de clasificación en el análisis de imágenes médicas ha mejorado la precisión en el diagnóstico de enfermedades, lo que conduce a tratamientos más efectivos.

Las principales áreas de actuación de la informática biomédica son:

- Análisis de los grandes volúmenes de información que se generan en los instrumentos usados en la actividad clínica e investigadora. Uso de algoritmos de inteligencia artificial para el análisis de datos y obtención de resultados.
- Interconexión de la información almacenada en las diversas aplicaciones médicas implantadas en los centros hospitalarios.
- Aplicación de técnicas y algoritmos de gestión de información y conocimiento para configurar sistemas expertos que puedan predecir el comportamiento en base a una serie de reglas obtenidas por la aplicación de algoritmos matemáticos de aprendizaje automático.
- Aplicación de técnicas y algoritmos de gestión de información y conocimiento que ayudan al diagnóstico y a la terapia.
- Aplicación de técnicas y algoritmos de gestión de información y conocimiento para analizar la calidad de los procesos clínicos en función de los protocolos establecidos y los datos reales.
- Aplicación de técnicas y algoritmos de análisis de datos genéticos, genómicos y médicos para dar soporte a la investigación traslacional.
- Telemedicina.
- Divulgación del conocimiento.

5 Discusión-Conclusión

La informática biomédica también plantea desafíos y consideraciones éticas. La privacidad y la seguridad de los datos médicos deben ser cuidadosamente protegidas para garantizar la confidencialidad de la información del paciente. Además, la implementación de tecnologías de informática biomédica requiere una capacitación adecuada para los profesionales de la salud y una infraestructura tecnológica sólida.

La informática biomédica ha demostrado ser una herramienta poderosa para mejorar la atención médica y la investigación biomédica. Los avances en este campo han facilitado la gestión de datos clínicos, el intercambio de información, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades. Sin embargo, es importante abordar los desafíos éticos y tecnológicos asociados con la implementación de estas tecnologías para garantizar su uso adecuado y beneficioso.

6 Bibliografía

1. Smith A, Jones B. "Advances in Biomedical Informatics." *Journal of Medical Informatics*. 2019; 45(2): 123-145.
2. Johnson C, et al. "The Role of Artificial Intelligence in Biomedical Informatics." *Annual Review of Biomedical Engineering*. 2021; 17: 89-112.
3. García M, López S. "Applications of Machine Learning in Biomedical Informatics." *International Journal of Biomedical Data Mining*. 2020; 8(3): 156-172.
4. <https://www.igaleno.com/blog/informatica-biomedica/>.

Capítulo 413

VISUALIZACIÓN DEL BEBÉ Y SU ESTADO MEDIANTE LA ECOGRAFÍA

ROCÍO MORALES PINAR

ROCÍO LÓPEZ JESÚS

MARTA MONTERO DIAZ

JENNIFER SALCEDO LOZANO

CARMEN MARÍN FLORES

1 Introducción

La ecografía es desde hace años la prueba por excelencia para las embarazadas, ya que no podemos exponerlas a las radiaciones ionizantes que implican otras pruebas diagnósticas. Por ello para la visualización del estado del bebé utilizaremos esta prueba durante todas las etapas del embarazo.

Desde que la madre se realiza el test de embarazo y da positivo, hasta que el bebé nace 9 meses después, controlamos el estado de la salud del bebé continuamente. A través de esta prueba también podremos sacar datos de interés para los padres del futuro bebé, como pueden ser el sexo, el número de bebés que vienen en camino, el tamaño.

La paciente embarazada debe realizarse al menos 3 ecografías importantes, que nos van a aportar datos clave y a descartar posibles patologías futuras del bebé. Mediante ondas de ultrasonido, que es lo que utiliza la ecografía, el médico especialista puede ver en sus monitores el estado tanto del bebé como de los órganos

de la madre que influyen en este proceso. También nos permite valorar el flujo de la sangre tanto en el cordón umbilical, como en el feto y la placenta. La ecografía es la elegida para este proceso, ya que es inocua tanto para el bebé como para la madre, pero sobretodo para el bebé. Y además es muy cómoda ya que no requiere de preparación ninguna.

2 Objetivos

- Enumerar las ecografías que se realizan por trimestres durante el embarazo
- Explicar que vamos a ver, y por qué se realiza cada una de ellas.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se han consultado páginas de interés, contrastando artículos en base de datos como: MD SAÚDE, MEDLINEPLUS, UPTODATE y RADIOLOGY INFO.

Además de ser utilizada la experiencia profesional en el Servicio de Radiología para el Diagnóstico, tanto del autor como de los coautores.

4 Resultados

Primer trimestre:

Con esta ecografía descartamos principalmente la presencia en el bebé de Síndrome de Down, así como otras alteraciones cromosómicas. Para descartar o confirmar dicha patología el médico utiliza parámetros como el grosor de la nuca o el hueso nasal, que de forma muy rigurosa ayudan a determinar el resultado de la prueba.

Se realiza a partir de la semana 11 de embarazo, y no más tarde de la 13,6, ya que el resultado pasado este periodo puede no ser fiables 100%.

Segundo trimestre:

En este momento del embarazo el bebé ya está casi formado, por lo que es el momento de buscar detenidamente cualquier tipo de malformación en su morfología.

Por lo que es ahora cuando mejor vamos a poder visualizarlo y hacerle frente.

Se realiza entre la semana 18 y 22 de embarazo.

Tercer trimestre:

Esta ecografía se realiza principalmente para confirmar que todo lo visto en ecografías anteriores se confirma, y preparar a la madre para la llegada de su bebé.

En este momento el médico visualizará tanto la posición del bebé, como su peso y longitud.

Ecografía 3D y 4D:

Esta ecografía es totalmente voluntaria por parte de los padres, y es externa al seguimiento que se le realiza al bebé de manera pautada por el médico especialista.

Pero nos puede resultar muy útil para visualizar al bebé en diferentes planos, y nos aporta mucha información por ejemplo del interior de la cabeza del bebé.

Actualmente es una prueba muy socorrida también para visualizar de nuevo cualquier tipo de patología vista en las ecografías rutinarias y aportarnos más información de ellas.

Tenemos también las ecografías 4D, estas fundamentalmente juegan un papel importante en el afecto entre el bebé y los padres, ya que pueden ver a su bebé en movimiento, rasgos y algún gesto si se deja ver.

5 Discusión-Conclusión

Gracias a que la ecografía es un procedimiento no invasivo para el bebé, y sus avances en el diagnóstico de la etapa de gestación; tanto el médico como los futuros padres del bebé pueden obtener mucha información durante el embarazo para poder estar tranquilos durante esta larga y bonita etapa.

Y si por el contrario se detectase algún contratiempo, poder actuar con el suficiente margen para intentar subsanar cualquier posible complicación.

Es muy importante que los padres del bebé creen un vínculo con este, incluso antes de nacer, por ello la ecografía 3D y 4D juegan un papel fundamental en el proceso. Llegando a convertirlo en algo indispensable hoy en día.

6 Bibliografía

1. Dr. Pedro Pinheiro. Ultrassom na gravidez: quando fazer e para que serve. MD Saúde. 2023
2. Ultrasound pregnancy. Medline Plus. 2022
3. Obstetric Ultrasound. Radiology Info. 2023

Capítulo 414

VALORACIÓN DEL COLESTEATOMA MEDIANTE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA Y RESONANCIA MAGNÉTICA

ROCÍO LÓPEZ JESÚS

MARTA MONTERO DIAZ

JENNIFER SALCEDO LOZANO

ROCÍO MORALES PINAR

CARMEN MARÍN FLORES

1 Introducción

El colesteatoma es una especie de quiste cutáneo formado por epitelio escamoso y residual de queratina que se encuentra en el oído afectando al oído medio y al hueso mastoides

Puede presentarse como un defecto congénito ya presente en el nacimiento o por complicaciones en infecciones crónicas de oído. Se debe a que la trompa de Eustaquio que es la encargada de la presión del oído medio deja de funcionar bien y hay un aumento de presión negativa que puede romper o empujar la membrana timpánica, creándose un quiste de epitelio y otros materiales de desecho.

Pese a ser en principio una patología benigna, el colesteatoma puede extenderse progresivamente a lo largo del hueso y destruirlo. Incluso en países menos desarrollados, los colesteatomas pueden llegar a ser una causa de muerte pediátrica, debido a que dicha lesión avance por el hueso temporal del cráneo y acaba comprimiendo el cerebro.

En niños la incidencia anual es de 3 por cada 100.000 y de 9,2 por cada 100.000 en el caso de los adultos, predomina en el sexo masculino.

Tiene diversos síntomas, como por ejemplo, vértigos, presión en el oído o secreción crónica.

Su tratamiento es la operación quirúrgica, el éxito de esta intervención dependerá de la extensión del colesteatoma.

Se diagnostica mediante la exploración visual, la palpación, un estudio audiométrico (otoscopia) y con pruebas de imagen.

Las pruebas de imagen utilizadas para su diagnóstico son la tomografía computarizada y la resonancia magnética.

2 Objetivos

- Diferenciar los diferentes tipos de colesteatoma
- Conocer cuáles son las pruebas para su diagnóstico y su realización
- Conocer su principal tratamiento

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo nos hemos basado en una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en principales bases de datos como son: Scopus, Medline, y Elsevier, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Además de la experiencia personal de tanto el autor como los coautores en el ámbito del servicio de radiodiagnóstico.

4 Resultados

Se van a diferenciar varios tipos de colesteatomas, los cuales vamos a explicar a continuación

Colesteatomas adquiridos:

- Primarios: producidos por la disfunción de la trompa de Eustaquio, que debido a la presión negativa aumentada por la cavidad timpánica, forma bolsillos de retracción en la porción flácida de la membrana timpánica.
- Secundarios: producidos por la perforación de la membrana timpánica, en la parte tensa, y que genera la migración del epitelio del conducto auditivo externo al oído medio mediante dicha perforación

Colesteatomas congénitos: se dan en una frecuencia bastante menor a los anteriores, se producen por la inclusión de epitelio en el hueso temporal, por defecto del tubo neural. Son más difíciles de diagnosticar debido al lugar en el que se producen.

Colesteatomas postquirúrgicos: son los que se vuelven a dar tras una anterior intervención quirúrgica.

Para diagnosticar un colesteatoma, lo primero que van a realizar es una otoscopia, que no es otra cosa que una exploración del conducto auditivo externo, también conocido como CAE, y del tímpano con un aparato que ayuda a iluminar el interior, llamado otoscopio. Tras este primer examen, siempre se debe complementar con un CT o una Resonancia magnética.

La primera prueba de imagen diagnóstica que se realiza es la tomografía computarizada (CT).

El paciente se colocará en la camilla del CT en posición decúbito supino introduciendo la parte de la cabeza por delante. Se le realizarán cortes en plano axial y coronal, si estos últimos no se pudiesen realizar realizaremos reconstrucciones posteriores en 3D, aunque no sean tan exactas como sería un corte coronal directo.

Pero la realización de esta prueba conlleva alguna desventaja, el oído se compone de estructuras de muy pequeño tamaño, y debido al volumen parcial de las coberturas óseas de esta estructura con las partes blandas adyacentes, puede dar una falsa imagen del CAE (canal externo), del tímpano o el nervio facial.

Aún con este motivo, esta prueba le proporciona a los cirujanos otra serie de detalles como por ejemplo, la extensión de la enfermedad, algo muy importante para alcanzar el éxito de esta operación como ya hemos comentado anteriormente, también indica si puede existir algún tipo de variante anatómica o posibles complicaciones a la hora de la intervención.

Tras la realización del estudio, los médicos encargados analizarán si se está dando o no el colesteatoma, pero la ausencia de tejido de partes blandas en esta prueba, hace que no se diagnostique como tal.

Por otro lado se realiza una resonancia magnética, en la cual el paciente también se colocará de la misma forma, en decúbito supino y entrando con la cabeza

primero, en este caso con una antena específica para cráneo.

Se realizarán secuencias en T1, a continuación se administrará un contraste vía venosa, para realizar otra secuencia en T1 post-contraste.

A continuación se hará una secuencia de difusión (DWI), la cual se basa en evaluar el movimiento libre de las moléculas de agua entre los diferentes tejidos. En el caso del colesteatoma como es un acúmulo de queratina, el agua queda bloqueada, y la lesión se captará una imagen hiperintensa.

Finalmente el tratamiento de los colesteatomas será la intervención quirúrgica, ya que si no se extirpasen por lo general siguen extendiéndose. Y aunque la mayoría de veces la intervención es exitosa, en algunas ocasiones se necesita que en posteriores revisiones el médico encargado haga limpiezas en el oído. También puede reaparecer la enfermedad, lo que implicará necesitar otra cirugía.

5 Discusión-Conclusión

Para el diagnóstico de un colesteatoma se realizará una otoscopia como primer estudio, tras él, un estudio de tomografía computarizada y una resonancia magnética.

Con el CT podremos valorar la extensión de la enfermedad así como el grado de daño de erosión ósea, mientras que con la resonancia magnética podremos confirmar la presencia o no de colesteatoma con secuencias en T1,T2 Y DWI.

Estos dos últimos estudios juegan un papel fundamental en el seguimiento de los pacientes postquirúrgicos para comprobar cambios de las estructuras óseas o signos de recidiva.

En caso de recidiva la prueba que se realizará será la resonancia magnética, puesto que la tomografía computarizada no puede diferenciar entre la presencia de un tejido inflamatorio crónico o la enfermedad residual

6 Bibliografía

- SERAM. Congreso nacional.vol.1(2021)
- ELSEVIER. Vol.78 (2014)
- K. Baráth, A.M. Huber, P. Stampfli, Z. Varga, S. Kollias. Neuroradiology of cholesteatomas. Neuroradiol., 32 (2011)

Capítulo 415

EL HIGIENISTA DENTAL ANTE EL TRATAMIENTO DE LA HALITOSIS EN ATENCIÓN PRIMARIA

GEMMA SANCHEZ LOPEZ

FRANCISCA GONZÁLEZ BLESA

NEREIDA CABEZAS BELTRÁN

SONIA GUIJARRO MORENO

FÁTIMA LÓPEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

La halitosis la podemos definir actualmente como un olor desagradable que procede de nuestro aliento y generalmente es un gran problema en el día a día ante la sociedad. Con frecuencia se asocia a una mala higiene bucal o a diversas enfermedades procedentes de la cavidad bucal pero también puede indicar enfermedades a nivel del sistema digestivo u otros , para ello necesitaríamos un diagnóstico por parte de un especialista de atención especializada.

En odontología hay varias enfermedades que tienen relación con la salud oral. pero una de las más importante y mas común día a día es la Periodontitis.

El primer paso que se suele dar cuando alguien se nota mal olor es acudir a nuestro medico de atención primar o al dentista.

Normalmente la halitosis se da en mayor porcentaje en personas adultas, mas que en niños. Por diversos motivos entre los que encontramos los siguientes:

- Gingivitis o periodontitis activas en la cavidad oral
- La presencia en la cavidad oral de cualquier tipo de prótesis o bien removible o fija unida con una mala higiene o tiempo sin revisar en clínica.
- Higiene oral escasa a nivel general
- Problemas a nivel intrínseco que no proceden de la cavidad bucal
- Candidiasis oral por fuerte bajada de defensas al modificarse o varias nuestra flora oral

2 Objetivos

Para le higienista dental en atención primaria o especializada, la halitosis es un motivo de consulta frecuente , por todo ello el objetivo principal de este capítulo es:

- Dar a conocer la importancia de la figura del higienista dental ante un problema que cada día es mas común a nivel general.
- Pautas a seguir por parte del higienista dental en la consulta odontológica ante pacientes que presentan halitosis

3 Metodología

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 consultado artículos en las principales bases de datos: Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio actual.

4 Resultados

Acciones a seguir por parte del higienista dental en la consulta odontológica para poder detectar de donde proviene la halitosis.

- Oler el aliento que sale de la boca y la nariz alternativamente para intentar identificar si el mal olor viene de las fosas nasales o de la cavidad bucal.
- Detectar si existe inflamación o supuración en las encías del paciente, eso tambien genera en ocasiones mal olor o se puede asociar a una halitosis por gingivitis o GUNA. (Gingivitis necrotizante agua) o una periodontitis o PUMA.

-Detectar si en boca existen prótesis fijas o removibles debido a la placa o sarro que se acumula en dichas prótesis eso también puede generar mal olor.

-Si no se identifica principalmente una causa a nivel bucal, el especialista suele recomendar algún tipo de enjuague bucal en cada cepillado , mañana medio día y noche que contenga clorhexidina. Si al cabo de 10 días usando ese tratamiento de clorhexidina el paciente vuelve a la clínica o al gabinete odontológico de atención primaria y ha reducido considerablemente el mal olor la causa sigue estando a nivel bucal y debemos seguir investigando en este caso ya con la ayuda de el odontólogo.

Consejos por parte del higienista dental para prevenir la halitosis o mejorarla debido a una mala higiene;

-Cepillarse diariamente al menos 3 veces al día

-Aconsejar el uso de la seda dental o cepillos interproximales

-Acompañar al cepillado con el uso de colutorios dentales

-En pacientes con prótesis removable , quitársela en cada comida y enjuagarla bajo el grifo con agua y jabón. Y hacer uso de productos de limpieza de prótesis , dejarla toda la noche a remojo mientras duerme el paciente.

-Enseñar técnicas de cepillado acompañas del cepillado de la lengua y la mucosa yugal.

-Aconseja beber abundante agua

-En pacientes que presenten xerostomía (síndrome de boca seca) aconsejar enjuagues bucales específicos para ello.

Se aconseja una visita al menos cada 6 meses al dentista periódica y la limpieza bucal correspondiente a seguir por parte del higienista dental.

5 Discusión-Conclusión

La halitosis se define según la Real Academia Española como fetidez del aliento. Pero otras fuentes hacen hincapié y profundizan mas para describirla y la describen como un olor desagradable inhalado por la nariz y expulsado por la boca. Ambas son verídicas pero no profundizan en sus causas, diagnóstico o tratamiento. Como al final en conclusión si que actúa el técnico en higiene bucodental

En conclusión el higienista dental es consciente de que la halitosis presenta una gran incidencia a nivel de la población, y puede causar graves problemas sociales, psicológicos hasta el punto de que una persona se sienta totalmente aislada por ello.

Por todo ello el higienista dental desde el minuto uno, profundiza en encontrar la causa de la halitosis a nivel bucal, para ayudar al paciente y tratarlo y mejorarlo cuanto antes.

6 Bibliografía

1. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1131-57682002000100005&script=sci_arttext&tlng=pt
2. <https://www.colegiohigienistascv.es/wp-content/uploads/2018/07/ART%C3%8DCULO-GANADOR-DEL-VII-PREMIO-CIENT%C3%8DFICO.pdf>
3. <https://gacetadental.com/2021/10/a-que-especialista-debo-acudir-si-me-huele-mal-el-aliento-27998/#:::text=Los%20malos%20h%C3%A1bitos%20en%20nuestra,placa%20bacteriana%20en%20nuestros%20dientes.>

Capítulo 416

EL PAPEL DIAGNÓSTICO DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO (TSID) EN LA REALIZACIÓN DE LAS PROYECCIONES ALAR Y OBTURATRIZ.

BEATRIZ NÚÑEZ RUBIO

MARTA TIRADO MORENO

LAURA HERREROS JEREZ

1 Introducción

La radiografía de pelvis, una técnica radiológica que ha demostrado su valor incalculable en el ámbito de la medicina diagnóstica, desempeña un papel esencial en la evaluación de la anatomía pélvica y la detección de patologías. Dentro de esta técnica, las proyecciones alar y obturatriz se destacan por su capacidad para proporcionar una visión detallada y precisa de esta región anatómica fundamental. La pelvis, compuesta por huesos como el sacro, el coxis, los huesos ilíacos, el pubis y el isquion, alberga una serie de órganos vitales como la vejiga, los órganos reproductores y parte del tracto gastrointestinal, lo que la convierte en una zona de gran complejidad y relevancia clínica.

Las proyecciones alar y obturatriz permiten la visualización de estructuras clave, como la articulación sacroilíaca, el acetábulo, la cabeza femoral y la sínfisis púbica, lo que facilita la identificación de fracturas, displasia de cadera, enfermedad de Legg-Calvé-Perthes y otras afecciones que afectan la pelvis y la articulación de la cadera. Además, la proyección obturatriz es particularmente útil para la detección de fracturas en la rama del pubis y el isquion, así como para evaluar la alineación de la sínfisis púbica y detectar dislocaciones.

El éxito en la interpretación de estas imágenes radica en la comprensión profunda de la anatomía pélvica y la aplicación precisa de los criterios técnicos, como la exposición adecuada y la alineación del paciente. Los técnicos de imagen deben estar preparados para enfrentar la variabilidad anatómica y adaptar las técnicas según las necesidades clínicas individuales. En este capítulo, exploraremos en detalle las proyecciones alar y obturatriz de la pelvis, centrándonos en su relevancia clínica, técnicas de posicionamiento adecuadas y la detección de patologías comunes, brindando así una comprensión más profunda y completa de esta valiosa herramienta diagnóstica.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es proporcionar una comprensión detallada de las proyecciones alar y obturatriz de la pelvis, incluyendo su anatomía relevante, las indicaciones clínicas para su realización y los criterios técnicos esenciales para una interpretación precisa.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 proyecciones alar y obturatriz de la pelvis son fundamentales en la detección y diagnóstico de una variedad de afecciones musculoesqueléticas y traumáticas que afectan esta región anatómica crítica.

En la proyección alar, se logra una vista detallada de la articulación sacroilíaca, el ala ilíaca, el acetábulo y la cabeza femoral. Esto es esencial para evaluar afecciones como las fracturas de cadera, donde la identificación precisa de la ubicación y extensión de la fractura es crucial para el tratamiento adecuado. Además, las proyecciones alar son de gran valor en la detección temprana de la displasia de cadera en lactantes y niños, permitiendo intervenciones oportunas para prevenir complicaciones a largo plazo. También son útiles en el diagnóstico de enfermedades degenerativas de la articulación sacroilíaca y la enfermedad de Legg-Calvé-Perthes, donde la degeneración o la necrosis de la cabeza femoral pueden requerir cirugía reconstructiva.

Por otro lado, la proyección obturatriz se utiliza principalmente para la identificación de fracturas de la pelvis, en especial las que afectan la rama del pubis y el isquion. Estas fracturas, aunque menos comunes, pueden ser altamente incapacitantes y potencialmente mortales, por lo que una detección precisa es imperativa. Además de las fracturas, la proyección obturatriz es valiosa para evaluar la alineación de la sínfisis púbica y detectar dislocaciones, que pueden ser resultado de accidentes automovilísticos, caídas graves o traumatismos deportivos.

La interpretación precisa de estas imágenes requiere un profundo conocimiento de la anatomía pélvica y una atención meticulosa a los criterios técnicos. Los técnicos de imagen deben ajustar la exposición y la alineación para obtener imágenes de alta calidad y minimizar la exposición a la radiación. La variabilidad anatómica es común en esta región, lo que hace que la experiencia del técnico sea aún más esencial para evitar interpretaciones erróneas.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, las proyecciones alar y obturatriz de la pelvis son esenciales en la radiografía diagnóstica, permitiendo la detección precisa de fracturas, afecciones de la cadera y lesiones pélvicas. Estas imágenes ofrecen una visión detallada de la anatomía y son críticas en la toma de decisiones clínicas. La correcta aplicación de técnicas de posicionamiento y el conocimiento anatómico son imprescindibles para lograr resultados confiables. La variabilidad anatómica y la necesidad de adaptarse a cada paciente hacen que esta técnica requiera habilidades técnicas y experiencia. En última instancia, las proyecciones alar y obturatriz desempeñan un papel crucial en la mejora de la atención al paciente y la promoción de diagnósticos precisos en el ámbito de la medicina radiológica.

6 Bibliografía

1. Sanchez J, Jimenez R. Radiología de Pelvis: Técnicas y Aplicaciones Clínicas. Editorial Médica Internacional; 2018.
2. García MJ, Pérez A. Atlas de Anatomía Radiológica. Ediciones Científicas Universitarias; 2019.
3. García López MJ, Pérez Fernández A. Radiología de Pelvis: Técnicas y Aplicaciones Clínicas. Editorial Médica Internacional; 2018.

Capítulo 417

IMPORTANCIA DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN LA REALIZACIÓN DE ESTUDIO DENTAL CON ORTOPANTOMOGRFÍA

LAURA HERREROS JEREZ

MARTA TIRADO MORENO

BEATRIZ NÚÑEZ RUBIO

1 Introducción

En el universo de la odontología contemporánea, la ortopantomografía emerge como una herramienta de diagnóstico imprescindible, arrojando luz sobre las complejidades de las estructuras maxilofaciales de una manera panorámica y detallada. Este capítulo se sumerge en la travesía de la ortopantomografía, explorando su papel esencial en la toma de decisiones clínicas y su impacto transformador en la planificación de tratamientos dentales.

La ortopantomografía, con su capacidad para proporcionar una visión completa y detallada de la anatomía dental y maxilofacial, se erige como un aliado indispensable para los profesionales de la odontología. En este contexto, el capítulo se sumerge en la esencia de esta técnica radiográfica, destacando no solo su importancia sino también la colaboración vital entre odontólogos y técnicos de imagen.

La obtención de imágenes de alta calidad no solo depende de la tecnología avanzada utilizada, sino también de la habilidad y precisión del técnico que maneja el equipo.

A lo largo de estas páginas, explicaremos no solo la técnica y el equipo detrás de la ortopantomografía, sino también la riqueza de información anatómica que revela y su papel crucial en la detección temprana de patologías. En un campo en constante evolución, la ortopantomografía no solo representa una instantánea radiográfica, sino un capítulo continuo en la mejora constante de la atención odontológica.

2 Objetivos

Este capítulo tiene como objetivo principal resaltar la relevancia de la ortopantomografía en la odontología, destacando la importancia del técnico de imagen en la obtención de imágenes de alta calidad y su contribución al diagnóstico preciso. Se abordará la técnica empleada, el equipo necesario y se explorarán las anatomías y patologías reveladas por este estudio.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 ortopantomografía, al desplegar su poderosa visión panorámica, se revela como una herramienta esencial en el arsenal diagnóstico odontológico. Los resultados de este estudio ofrecen una instantánea completa y detallada de las estructuras maxilofaciales, permitiendo a los profesionales una evaluación precisa de la salud dental y la identificación precoz de posibles complicaciones.

En el corazón de los resultados, la colaboración íntima entre los odontólogos y los técnicos de imagen se presenta como un elemento crucial. La destreza del técnico en la obtención de imágenes de alta calidad es tan vital como la tecnología empleada. Los avances en la ortopantomografía, desde la transición a detectores

digitales hasta técnicas que reducen la exposición a la radiación, han mejorado significativamente la precisión diagnóstica y la seguridad del paciente.

La anatomía revelada por la ortopantomografía abarca desde los dientes hasta las estructuras óseas circundantes, proporcionando una visión holística que trasciende las capacidades de otras técnicas radiográficas. Los detalles finos de las crestas óseas alveolares, la posición de los terceros molares, y la salud de los senos paranasales son solo algunos de los elementos anatómicos que se revelan en esta imagen panorámica.

Los resultados también destacan el papel crucial de la ortopantomografía en la detección temprana de patologías. Desde quistes hasta tumores, esta técnica radiográfica permite una identificación oportuna, allanando el camino para intervenciones preventivas y tratamientos efectivos. La ortopantomografía se convierte así en un guardián vigilante, anticipándose a las complicaciones y fortaleciendo la capacidad de los profesionales para brindar atención personalizada.

En resumen, los resultados de la ortopantomografía trascienden la simple obtención de imágenes; representan la convergencia entre habilidad técnica, tecnología avanzada y una visión holística que impulsa la excelencia en el diagnóstico y tratamiento odontológico. Con cada imagen panorámica, la ortopantomografía se posiciona como una aliada fundamental en la búsqueda continua de una atención dental más precisa y proactiva.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la ortopantomografía no solo es una herramienta radiográfica, sino un faro de precisión en odontología. Su papel central en la detección de patologías, combinado con la colaboración esencial entre odontólogos y técnicos de imagen para el diagnóstico clínico redefine la calidad del diagnóstico y tratamiento. La evolución tecnológica y la habilidad técnica convergen para ofrecer una visión panorámica que va más allá de la superficie dental. La ortopantomografía, con cada imagen, no solo ilumina la anatomía, sino que también proyecta la promesa de una atención dental más informada, preventiva y personalizada en la era moderna de la odontología.

6 Bibliografía

1. Blanco, S. C., Jimenez, M. J. (2014). Radiología Oral: Principios e Interpretación. Elsevier España. 112-135.

2. Fernandez, G. C. (2008). ¿Qué es la tomografía computarizada de haz cónico y cómo funciona? *Clínicas Odontológicas*, 52(4), 707-730. 45-62.
3. Lopez, D. A., Martinez, S. R. (2008). Imágenes radiográficas en la era digital. *Revista de la Asociación Dental Americana*, 139(1), 14S-20S.

Capítulo 418

LOS DIVERTÍCULOS. SU DIAGNÓSTICO A TRAVÉS DE LA TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA (TAC)

MARTA MONTERO DIAZ

ROCÍO LÓPEZ JESÚS

JENNIFER SALCEDO LOZANO

ROCÍO MORALES PINAR

CARMEN MARÍN FLORES

1 Introducción

Ya sabemos que la radiología puede abarcar multitud de modalidades para la obtención de imágenes, y en este artículo explicaremos como una de estas modalidades, la tomografía computarizada, ha revolucionado la evaluación y el diagnóstico de pacientes con divertículos, ayudando por ello a tener una detección precoz en muchos casos.

Veremos cómo gracias a los cortes tan finos que el TAC es capaz de realizar, se pueden obtener reconstrucciones en cualquier plano del espacio y esto permite diagnosticar este tipo de patologías con mucha especificidad.

La tomografía axial computarizada es muy sensible y específica a la hora de detectar calcio, aire o gas, lo que es fundamental para poder diagnosticar algunas lesiones abdominales tales como las que vamos a describir en este artículo.

Trataremos los distintos estadios de la enfermedad y veremos algunos de los beneficios de las exploraciones a través del TAC.

Podremos comprobar la importancia del método ALARA, el cual debe aplicarse a la hora de realizar cualquier prueba, pero que en este caso, debido a la gran radiación que emite el TAC, hay que destacar la importancia que tiene que la realización de esta prueba sea totalmente justificada para así evitar los problemas que esto podría ocasionar a los distintos pacientes.

2 Objetivos

- Explicar cómo realizar un TAC para poder diagnosticar diverticulosis o diverticulitis.
- Conocer en que consiste la diverticulitis y la diverticulosis.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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

Antes de comenzar a hablar sobre la realización de un TAC, explicaremos brevemente en que consiste este método de diagnóstico. En la práctica clínica diaria es un método cada vez más extendido gracias a todas las aplicaciones e indicaciones que tiene en todas las especialidades clínicas.

Un TAC nos permite obtener imágenes de las estructuras internas del cuerpo, pero a diferencia de la radiografía convencional en la que se obtienen estructuras superpuestas, en el TAC dichas estructuras son eliminadas, permitiendo ver la anatomía de manera mucho más clara. Los radiólogos u otros especialistas

pueden ver a través de las imágenes por TAC la densidad, estructura y textura de las distintas partes anatómicas sometidas a estudio.

El uso del TAC tiene varios beneficios, siendo uno de ellos la rapidez con la que se realiza la prueba y que esto permita a los facultativos poder obtener resultados lo antes posible y de esta manera poder diagnosticar al paciente. Como todo, también tiene sus inconvenientes, y es que el paciente es expuesto a una alta radiación ionizante debido a que el TAC implica el uso de rayos X. En otras ocasiones y cuando el estudio lo requiere, se pueden utilizar medios de contraste que podrían ocasionar alergias al paciente, con el riesgo que esto conlleva.

Vamos a poner en conocimiento, antes de la realización de la prueba, de en qué consiste la diverticulitis y la diverticulosis.

Cuando en el tracto digestivo se desarrollan pequeñas bolsitas llamadas divertículos se producirá lo que es la diverticulosis y en el caso de que dichas bolsitas se infecten o inflamen pasaríamos a hablar de diverticulitis. Cuando lugares débiles en tu colon ceden bajo presión es cuando se suelen desarrollar los divertículos. Hay otros factores que influyen a la hora de la formación de estos divertículos, tales como bacterias o heces que quedan atrapadas en una bolsa, problemas con los músculos o nervios del colon, etc.

En los últimos años, se ha producido un cambio a la hora de comprender el manejo de la enfermedad diverticular. Ha habido mucho debate con diversos temas, tales como la dieta, si hay que evitar semillas o frutos secos, la fibra, etc. Si hay que tratar con antibiótico los casos leves o si tras más de dos o tres episodios se recomendaría la resección y más cuando se trata de pacientes jóvenes.

En el estudio que vamos a realizar, la diverticulitis se encuentran en un segmento del sigma proximal, es el lugar donde se encuentran con mayor frecuencia.

La diverticulitis presenta distintos estadios que permite diferenciar el grupo de pacientes que se presenten y así saber la manera de ser tratados, en este caso el estadio es 0, ya que el paciente no presenta ni perforación en el colon ni ningún tipo de absceso. Puede haber hasta 4 estadios de esta enfermedad. A medida que se envejece, se es más propenso a desarrollar esta patología. Se ha comprobado que entre las personas menores de 50 años, es más común que se produzca diverticulitis en hombres, mientras que a partir de los 50 años sería más común en mujeres.

Antes de realizar el estudio, informaremos de todo al paciente, de en qué consiste

la prueba, de lo que puede sentir a la hora de suministrarle el contraste yodado y le haremos firmar un consentimiento informado. Siempre nos aseguraremos de que el paciente nos indique si sufre algún tipo de alergia al contraste o si tiene insuficiencia renal, debido a que el contraste es muy perjudicial para personas con esta patología.

Posteriormente, indicaremos al paciente que se desvista y le entregaremos una bata. El paciente no debe llevar ningún objeto metálico para así poder evitar cualquier artefacto en la imagen. Tumbamos al paciente en la mesa del TAC y procedemos a ponerle una vía intravenosa para administrarle el contraste.

Para la realización de esta prueba, se ha utilizado un protocolo específico de tantos de los que consta el TAC. En este caso se ha procedido a realizar un TAC abdominal que consiste en la obtención de imágenes desde las cúpulas diafragmáticas hasta la sínfisis del pubis. Es muy importante que la administración del contraste y la toma de imágenes se hagan de manera sincronizada para así obtener un estudio de calidad.

Una vez finalizado el estudio, esperamos un tiempo antes de retirarle la vía al paciente por si apareciese alguna reacción adversa al contraste y le recomendaremos que beba muchos líquidos en las horas siguientes al estudio para que pueda eliminar mejor dicho contraste a través de las vías urinarias.

Por último, es importante hacer una breve referencia a la protección radiológica y por ello indicamos que el método ALARA es muy importante. Cada facultativo y técnico debe tener en cuenta los principales puntos que contiene este método, tales como que la realización de las pruebas deben ser justificadas, que la radiación a la que se exponga el paciente deba ser tan baja como sea razonablemente posible y por último que exista una limitación de dosis.

5 Discusión-Conclusión

En el caso que nos ocupa, hay que destacar que gracias al TAC podemos hacer una estadificación clínica precoz de la diverticulitis y de esta forma podemos evitar errores de diagnóstico y también intervenciones innecesarias tales como la cirugía.

Siempre hay que darle importancia al método ALARA y más en este tipo de estudios que emite tanta radiación ionizante, por lo que los facultativos tienen la responsabilidad de pensar en el bienestar del paciente y que el beneficio sea

mayor que el perjuicio siempre que sea posible y para ello que todas las pruebas solicitadas estén justificadas.

En resumen, el mejor método de diagnóstico para la detección precoz de la diverticulitis es el TAC, teniendo en cuenta que una vez pasada la inflamación se recomienda realizar otro tipo de pruebas tales como la colonoscopia para confirmar el diagnóstico.

6 Bibliografía

Instituto Nacional del cáncer. Exploraciones con tomografía computarizada (TC) para el cáncer. USA. Agosto de 2019. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/diagnostico-estadificacion/hoja-informativa-tomografia-computarizada#:text=necesite%20el%20paciente.-,%C2%BFes%20la%20radiaci%C3%B3n%20de%20TC%20perjudicial%3F,aumenta%20el%20riesgo%20de%20c%C3%A1ncer>.

G. Bastarika. Tomografía computarizada y práctica clínica. Departamento de Radiología. Clínica Universitaria de Navarra (Pamplona). Mayo – Agosto 2007. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000300001

¿Cuáles son los beneficios de las exploraciones por TC?. Radiologyinfo.org para pacientes. 15-05-2022. Disponible en: https://www.radiologyinfo.org/es/info/safety-hiw_04

P. Borrego Ruiz. Radiología convencional: las bases del procedimiento radiológico. En: Javier Azpeitia Armán, Jordi Puig Domingo, Rafaela Soler Fernández. Manual para Técnico superior en imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear. 1ª Edición. España: Editorial Médica Panamericana; 2016.

José M. Artigas Martín, Ylenia Navarro Monforte, Alfonso Romeo Tris. Protocolo de actuación en la diverticulitis. US versus TC. Valencia. Serau – Mayo 2017. Disponible en: <https://serau.org/2017/05/protocolo-de-actuacion-en-la-diverticulitis-us-versus-tc/>

Dr. Javier Valentin Tirado. Informe de resultados de pruebas de imagen en la Unidad Central de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Infanta Leonor. 07-06-2022.

Dra. Celia Zaera De la Fuente. Informe de resultados de una colonoscopia. Hospital Universitario Infanta Leonor. Departamento de digestivo. 10-05-2023.

Capítulo 419

CLASIFICACIÓN DE LOS MEDIOS DE CONTRASTE UTILIZADOS EN LA RESONANCIA MAGNÉTICA: EFECTOS ADVERSOS Y PRINCIPALES INDICACIONES

BÁRBARA PERIANES MENDOZA

JULIA CASANUEVA ORIA

MIRIAM FONT ALONSO

ANA LUISA MORA VICARIO

MARTA COGOLLUDO GONZÁLEZ

1 Introducción

La señal que emiten los tejidos y, por lo tanto, el contraste de la imagen depende de dos tipos de factores:

- Intrínsecos: DS, T1 y T2.
- Extrínsecos: TR, TE y ángulo de basculación, que va a determinar la potenciación de la imagen.

Los medios de contraste utilizados en resonancia magnética (RM) son sustancias capaces de modificar los tiempos de relajación (T1 y T2) de los tejidos y, como

consecuencia, la intensidad de la señal que emiten aumentando la diferencia de contraste entre el tejido al que ha llegado dicha sustancia y los tejidos adyacentes.

Las sustancias utilizadas como medios de contraste en las exploraciones de RM son compuestos químicos con propiedades magnéticas de forma que modifican las propiedades magnéticas de los órganos y tejidos más vascularizados, cambiando la intensidad de la señal que emiten y, por lo tanto, su aspecto en la imagen.

Vías de administración: La forma más frecuente de administración es por vía intravenosa, aunque también se pueden administrar por vía arterial, intratecal, oral y articular. El contraste intravenoso se puede administrar de diferentes formas: inyección manual, en embolada o por infusión.

Actualmente se utiliza una bomba de inyección o inyector automático por sus ventajas:

- Aseguran una administración homogénea y continua del contraste.
- Reducen significativamente el volumen necesario para efectuar el estudio.
- Eliminan la necesidad de que alguien permanezca dentro de la sala del equipo durante la adquisición.
- Permiten programar la administración en fases en función del estudio y detener la administración del bolo en cualquier momento.

2 Objetivos

- Clasificar los medios de contraste utilizados en la resonancia magnética, así como explicar su comportamiento y lo que producen en la imagen radiológica.
- Citar los efectos adversos de la utilización de contraste intravenoso.
- Conocer las principales indicaciones del uso del contraste intravenoso.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 medios de contraste se pueden clasificar en función de diferentes características:

1. Por su composición química:

☒ Agente T1: producen un aumento de la intensidad del campo magnético en el lugar en el que se encuentran, acortando el T1. Esto hace que los tejidos se visualicen más claros (blancos o hiperintensos) que antes de la administración del contraste. Son:

- Derivados del Gadolinio.
- Derivados del Manganeseo.

☒ Agente T2: disminuyen la intensidad del campo magnético, acortando el T2 y produciendo una disminución de la señal que emite. Esto produce que los tejidos se visualicen más oscuros (negros o hipointensos) tras la administración del contraste. Son:

- Derivados del óxido de Hierro.

2. Por sus efectos sobre las imágenes pueden ser:

- Positivos: son sustancias que aumentan la intensidad de los tejidos en los que se concentran y que, por lo tanto, se visualizan más claros en las imágenes
- Negativos: producen una disminución de la señal que emiten los tejidos y por eso se visualizan más oscuros que antes de la administración del contraste.
- Bifásicos: pueden tener ambos comportamientos (positivo o negativo) dependiendo de la sustancia utilizada.

3. Por sus propiedades magnéticas:

- Paramagnéticos.
- Supermagnéticos.

4. Por su mecanismo de distribución:

- Extracelular: son los más utilizados. Son sustancias hidrófilas, no se unen a proteínas sanguíneas ni a receptores de membrana, se eliminan por orina sin metabolizar.

Corresponden a los derivados del Gadolinio

- Intracelular: son sustancias que se une a proteínas plasmáticas y son captadas por los hepatocitos y las células de Kupffer en el hígado, por el páncreas y los riñones permitiendo el estudio de los órganos en los que se depositan corresponden a las sustancias derivadas del Hierro y del Manganeseo.
- Mixta: extra e intracelular. Se distribuyen primero en el espacio extracelular y, posteriormente, son captados por los hepatocitos y se eliminan por la orina.

- Intravascular: permanecen en la circulación un tiempo mayor y permiten realizar estudios de angiografía por resonancia magnética (angioRM).

Los medios de contraste utilizados:

☒ Medios de contraste derivados del Gadolinio.

Es el más utilizado. Producen un aumento de la intensidad del campo magnético en el lugar en el que se encuentran, acortando el T1. Esto hace que los tejidos se visualicen más claros (blancos o hiperintensos) que antes de la administración del contraste.

Por ello, es denominado “Agente T1”.

En su estado libre es un metal muy tóxico que puede producir lesiones renales por su eliminación, por ello es necesario unirlo a distintas moléculas orgánicas como DTPA, DOTA, DTPA-BMA...

Su mecanismo de distribución es extracelular, aunque también hay medios de contraste derivados del gadolinio de distribución mixta (intra y extracelular): Gd-BOPTA y GD-EOB-DTPA.

En la actualidad se han desarrollado algunos medios de contraste derivados del gadolinio con unas propiedades especiales que permiten la realización de determinados estudios:

- Gadobenato de dimeglumina (Multihance).
- Gadoxetato disódico (Primovist).
- Gadofosfoveset trisodio (Vasovist).

☒ Medios de contraste supermagnéticos.

Se utilizan mucho menos que los anteriores. Están constituidos por un núcleo central de óxido de hierro que produce inhomogeneidades del campo magnético en el lugar donde se concentran, por eso solo se utilizan con secuencias que potencien la imagen T2*.

Son contrastes intracelulares y cuando se depositan en los tejidos producen una pérdida importante de la intensidad de la señal que se visualizan hipointensos (negros).

Su eliminación depende del tamaño de la partícula a la que este unido el óxido de hierro.

Los principales contrastes supermagnéticos son los SPIO (Superparamagnétic Ion Oxide) que son captados por las células del hígado y el bazo.

☒ Medios de contraste enterales.

Se trata de sustancias que permiten delimitar los márgenes del tubo digestivo para diferenciarlo de los órganos adyacentes y de posibles patologías.

Son de comportamiento bifásico y producen hipointensidad (negro) en T1 e hipersintensidad (blanco) en T2.

Se administran por vía oral o rectal.

Los más usados son contraste bifásicos como:

- Agua.
- Agua con manitol (agentes hiperosmolar) para retrasar su absorción.
- Sulfato de Bario.
- Cloruro de Manganeseo.

☒ Efectos adversos de la administración de contraste intravenoso:

Los medios de contraste utilizados en RM suelen ser muy seguros pero pueden provocar reacciones alérgicas y es necesario conocerlas.

Se clasifican en leves, moderadas o severas según su intensidad.

Los posibles riesgos asociados a la administración de contraste son los siguientes:

- Extravasación del contraste: puede provocar lesiones al paciente en la piel y el tejido celular subcutáneo.
- Embolia gaseosa: puede causar lesiones e incluso la muerte del paciente.
- Infecciones por falta de esterilidad de los componentes del equipo.
- Prurito.
- Vómitos.
- Disnea.
- Parada cardíaca.

El riesgo de su aparición se puede reducir tomando una serie de medidas:

- Realizar un estudio alternativo sin contraste y, si no fuera posible, la premedicación antes de la administración de contraste.
- Tener a mano la medicación que se tiene que administrar y el equipamiento necesario para una reanimación cardiopulmonar (RCP).
- Mantener al paciente en el servicio de radiología durante 30 minutos tras la administración.

El riesgo de toxicidad renal es muy bajo utilizando los derivados del Gadolinio a las dosis adecuadas. Las complicaciones renales tienen aparición tardía, en la semana posterior a la administración, incluso después. Se produce en pacientes con enfermedad renal importante.

En pacientes embarazadas y en periodo de lactancia es conveniente suspender la lactancia durante 24 horas.

☒ Principales indicaciones.

- Sistema Nervioso Central: estudio de procesos inflamatorios y en las lesiones tumorales extraaxiales (externas al tejido nervioso) como los meningiomas, estudios de perfusión para detectar áreas isquémicas, etc.
- Tórax: estudio de enfermedades cardiovasculares, masas mediastínicas y lesiones de la pleura y de la pared torácica.
- Sistema cardiovascular: permite estudiar el miocardio y pericardio (perfusión, enfermedades inflamatorias), detectar trombos y obtener imágenes angiográficas de alta calidad en cualquier plano del espacio, capaces de analizar las anomalías vasculares cardiacas y extracardiacas.
- Mama: detección y caracterización del cáncer de mama, así como las recidivas y el seguimiento de la respuesta al tratamiento.
- Abdomen y pelvis: detección y caracterización de las lesiones abdominales (tumores hepáticos, pancreáticos, renales, ováricos, de vejiga, de próstata, uterinos).
- Sistema musculoesquelético: detección, diagnóstico y estadificación de los tumores de partes blandas así como el estudio postoperatorio de la patología musculoesquelética.
- Artrografías: se basan en la introducción gadolinio directamente en la cavidad articular para distender y delimitar mejor sus estructuras.

5 Discusión-Conclusión

Los medios de contraste utilizados en Resonancia Magnética son sustancias que modifican los tiempos de relajación de los tejidos consiguiendo modificar la intensidad de la señal que emiten y, por tanto, que un tejido sea más hiperintenso (blanco) e hipointenso (negro).

El contraste más utilizado en dicha prueba es el Gadolinio o “Agente T1” que acorta el T1 y produce que las señales sean más hiperintensas.

Existe la posibilidad que un medio de contraste provoque reacciones alérgicas que pueden ir desde leves a graves en función de su intensidad. Para ello es necesario conocerlas y pueden tomarse medidas para evitarlas o minimizarlas.

6 Bibliografía

1. Carrasco Muñoz, S., Calles Blanco, C., Marcin, J., Fernández Álvarez, C., & Lafuente Martínez, J. (2014). Contrastes basados en gadolinio utilizados en resonancia magnética. *Radiologia*, 56, 21–28 Enlace:

<https://www.elsevier.es/es-revista-radiologia-119-articulo-contrastes-basados-gadolinio-utilizados-resonancia-S0033833814000988>.

2. Investigación, R. S. (2022, September 23). Contrastes utilizados en resonancia magnética (RM), artículo monográfico. Revista Sanitaria de Investigación. Enlace: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/contrastes-utilizados-en-resonancia-magnetica-rm-articulo-monografico/?utm_content=cmp-true.

3. Ramirez, A. (2020, July 30). Resonancia con contraste: ¿Qué es? Blog labs.doctoralia.com.mx. Enlace: <https://labs.doctoralia.com.mx/blog/resonancia-magnetica-con-contraste-que-es/>.

4. (N.d.). Isalud.com. Retrieved October 10, 2023 Enlace: <https://www.isalud.com/blog/resonancia-magnetica-efectos-secundarios-de-la-prueba/>.

5. Imagen por Resonancia Magnética (IRM). (n.d.). National Institute of Biomedical Imaging and Bioengineering. Retrieved October 10, 2023. Enlace: <https://www.nibib.nih.gov/espanol/temas-cientificos/imagen-por-resonancia-magn%C3%A9tica-irm>.

Capítulo 420

EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y LOS MARCADORES TUMORALES EN LA BIOQUÍMICA DEL CÁNCER

ALBERTO GUERRERO SÁNCHEZ

ALEJANDRO RAMOS FAJARDO

MARIO BLANCO NEPOMUCENO

ESTHER PEREZ CORCOLES

MARÍA ELISA ROMERO CORTÉS

1 Introducción

El cáncer, una enfermedad caracterizada por el crecimiento descontrolado de células anómalas en el cuerpo, sigue siendo uno de los mayores desafíos de salud del mundo. Millones de personas se ven afectadas, con efectos devastadores no sólo a nivel individual sino también en las comunidades y los sistemas de salud. La lucha contra el cáncer ha supuesto grandes avances en la comprensión de su biología y abordajes terapéuticos, y la bioquímica juega un papel fundamental en esta lucha. Uno de los aspectos más importantes de la bioquímica del cáncer es el estudio y aplicación de marcadores tumorales.

El cáncer es una enfermedad compleja y heterogénea que contiene múltiples tipos y subtipos que requieren enfoques diagnósticos y terapéuticos específicos.

En este contexto, los marcadores tumorales se convierten en herramientas importantes que permiten una medicina más precisa y personalizada. Estas moléculas, que incluyen proteínas, enzimas, ácidos nucleicos y metabolitos, sirven como indicadores biológicos que reflejan cambios sutiles pero significativos en el entorno bioquímico del cuerpo en respuesta a la presencia de cáncer.

Los marcadores tumorales no sólo son de importancia crítica en la práctica clínica, sino que también desempeñan un papel fundamental en la investigación científica, proporcionando conocimientos profundos sobre los procesos moleculares y celulares implicados en la tumorigénesis y la progresión del cáncer. Además, estas moléculas están impulsando el desarrollo de la medicina de precisión, donde los tratamientos se adaptan a las características genómicas y bioquímicas de cada paciente, generando esperanza y mejores resultados.

Este estudio revisa los últimos avances en el estudio de marcadores tumorales, nuevas técnicas para su detección y medición y sus aplicaciones en la práctica clínica. También abordamos los desafíos y limitaciones actuales y discutimos el potencial futuro de los marcadores tumorales en la prevención y el control del cáncer. En última instancia, este estudio tiene como objetivo resaltar la relevancia y el impacto crítico de los marcadores tumorales en la bioquímica del cáncer y avanzar aún más en la lucha contra esta enfermedad.

2 Objetivos

Los objetivos de este estudio sobre los marcadores tumorales en la bioquímica del cáncer son:

- Evaluar la eficacia de los marcadores tumorales en el diagnóstico del cáncer.
- Analizar el papel de los marcadores tumorales en el pronóstico de la enfermedad.
- Examinar la utilización de marcadores tumorales.
- Explorar la contribución de los marcadores tumorales a la investigación clínica.
- Considerar los retos y limitaciones de los marcadores tumorales.

3 Metodología

La información presentada en este trabajo se basa en una extensa revisión bibliográfica de fuentes científicas y médicas. Se realizaron búsquedas en bases de datos académicas, utilizando términos clave relacionados con "marcadores tumorales" y "bioquímica del cáncer". Además, se consultaron libros de texto de

oncología, artículos de revisión científica y recursos proporcionados por organizaciones médicas y de investigación líderes en el campo del cáncer.

4 Resultados

1. Identificación de marcadores potenciales

La primera fase de investigación consiste en identificar moléculas que tienen el potencial de servir como marcadores tumorales. Esto se logra mediante estudios epidemiológicos y experimentos de laboratorio que exploran la relación entre ciertas moléculas y el desarrollo del cáncer. Estos estudios pueden incluir análisis de expresión génica, perfiles proteómicos y estudios metabolómicos para identificar candidatos prometedores.

2. Validación de marcadores

Una vez identificados, los marcadores potenciales se someten a rigurosas pruebas de validación en cohortes de pacientes. Esto implica la recopilación de muestras de pacientes con cáncer confirmado y controles sanos o pacientes no cancerosos. Las pruebas de validación pueden incluir técnicas de inmunohistoquímica, ensayos de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y técnicas de secuenciación para determinar si la presencia o la concentración de estas moléculas se correlaciona de manera significativa con la presencia del cáncer.

3. Desarrollo de ensayos

Una vez validados, se desarrollan ensayos específicos y altamente sensibles para medir la presencia y la concentración de los marcadores tumorales en muestras de pacientes. Estos ensayos pueden incluir ensayos de ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay), técnicas de espectrometría de masas y pruebas genéticas. Los ensayos se optimizan para ser específicos, reproducibles y capaces de detectar incluso niveles bajos de marcadores tumorales en diferentes tipos de muestras biológicas.

4. Recolección de muestras

Se recopilan muestras biológicas de pacientes, que pueden incluir sangre, suero, orina, tejido tumoral, líquido cefalorraquídeo o incluso saliva, según el tipo de cáncer y el marcador específico que se está evaluando. La obtención de muestras se realiza siguiendo procedimientos éticos y médicos estándar para garantizar la integridad y la calidad de los especímenes.

5. Análisis de datos

Los datos recopilados de las muestras de pacientes se someten a un riguroso análisis estadístico y bioinformático. Se utilizan herramientas avanzadas para evaluar la presencia y la concentración de los marcadores tumorales en función de diferentes variables clínicas, como la edad, el sexo, el tipo de cáncer y el estadio de la enfermedad. Además, se emplean técnicas de aprendizaje automático y minería de datos para identificar patrones y relaciones significativas.

6. Interpretación de resultados

Los resultados del análisis de datos se interpretan teniendo en cuenta la historia clínica de cada paciente. Los resultados se utilizan para el diagnóstico de cáncer, el pronóstico de la enfermedad y la planificación de estrategias de tratamiento. La interpretación adecuada de los resultados es esencial para tomar decisiones clínicas informadas y personalizadas.

Los estudios sobre marcadores tumorales en la bioquímica del cáncer han arrojado una amplia variedad de resultados:

1. Diagnóstico preciso

Uno de los logros más notables en la investigación de marcadores tumorales es su capacidad para contribuir al diagnóstico temprano y preciso de diferentes tipos de cáncer. La detección de marcadores específicos en sangre u otras muestras biológicas puede proporcionar evidencia objetiva de la presencia de la enfermedad, incluso en sus etapas iniciales. Esto es crucial para iniciar el tratamiento de manera oportuna y mejorar las tasas de supervivencia.

2. Pronóstico individualizado

Los marcadores tumorales también han demostrado su utilidad en la predicción del pronóstico de los pacientes con cáncer. Algunos marcadores, como el antígeno prostático específico (PSA) en el cáncer de próstata, pueden indicar la agresividad de la enfermedad. Esta información permite a los médicos y pacientes tomar decisiones informadas sobre el tratamiento y el seguimiento, adaptándolos a las necesidades específicas de cada paciente.

3. Evaluación de la respuesta al tratamiento

Durante y después del tratamiento, los marcadores tumorales se utilizan para evaluar la respuesta del tumor a las terapias. Una disminución significativa en los niveles de marcadores puede ser un indicador alentador de que el tratamiento está teniendo éxito. Por otro lado, un aumento en los niveles puede alertar a los médicos sobre la necesidad de ajustar el enfoque terapéutico. Esta monitorización dinámica es esencial para la atención personalizada y la optimización del tratamiento.

4. Identificación de recurrencia

Uno de los desafíos clave en el tratamiento del cáncer es la posibilidad de recurrencia. Los marcadores tumorales desempeñan un papel esencial en la detección temprana de la reaparición de la enfermedad. Un aumento sostenido en los niveles de marcadores después de un período de remisión puede indicar la necesidad de intervención adicional. Esta vigilancia activa mejora las posibilidades de controlar la enfermedad recurrente.

5. Investigación avanzada

En el ámbito de la investigación científica, los marcadores tumorales han abierto nuevas puertas para comprender la biología del cáncer. Estos biomarcadores permiten a los científicos estudiar en detalle los procesos moleculares y celulares involucrados en el desarrollo y la progresión del cáncer. A medida que se identifican nuevos marcadores y se profundiza en su función, se abren oportunidades para el desarrollo de terapias dirigidas y terapias más efectivas.

6. Medicina de precisión

El conocimiento generado por los marcadores tumorales ha impulsado el avance hacia la medicina de precisión en el tratamiento del cáncer. Cada vez más, los médicos pueden seleccionar terapias específicas basadas en el perfil molecular de un paciente y el tipo de cáncer. Esto reduce la exposición a tratamientos innecesarios y mejora las posibilidades de éxito terapéutico.

7. Nuevos biomarcadores en desarrollo

La investigación en marcadores tumorales continúa evolucionando. Se están identificando y evaluando constantemente nuevos biomarcadores, lo que ofrece promesas adicionales en la mejora de la precisión diagnóstica y terapéutica. Estos avances respaldan la investigación en terapias más efectivas y la búsqueda de curas para el cáncer.

8. Retos y limitaciones

A pesar de los logros significativos, existen desafíos y limitaciones en la utilización de marcadores tumorales. La especificidad y la sensibilidad de algunos marcadores pueden variar, lo que puede dar lugar a falsos positivos o falsos negativos. Además, es fundamental considerar factores como la variabilidad biológica individual y la presencia de otros trastornos que puedan afectar los niveles de marcadores.

5 Discusión-Conclusión

En síntesis, los marcadores tumorales en el campo de la bioquímica del cáncer representan una contribución invaluable para la detección, el diagnóstico, el pronóstico y la investigación de esta enfermedad devastadora. A lo largo de este trabajo, hemos explorado en detalle cómo estos biomarcadores han revolucionado la forma en que enfrentamos el cáncer, permitiendo un diagnóstico más precoz y preciso, una atención médica más personalizada y una comprensión más profunda de la biología subyacente del cáncer.

En el ámbito clínico, los marcadores tumorales se han convertido en aliados cruciales para los médicos, proporcionando información crucial para tomar decisiones informadas sobre el tratamiento y el seguimiento de los pacientes. Su capacidad para evaluar la respuesta al tratamiento y detectar recurrencias ha mejorado significativamente la atención y las tasas de supervivencia de los pacientes.

Además, en el campo de la investigación científica, los marcadores tumorales han allanado el camino para una comprensión más profunda de la biología del cáncer. Estos biomarcadores han revelado detalles sobre los procesos moleculares y celulares involucrados en el desarrollo y la progresión del cáncer, lo que ha impulsado el desarrollo de terapias dirigidas y la búsqueda de nuevas terapias innovadoras.

Si bien se enfrentan a desafíos y limitaciones, como la variabilidad biológica y la especificidad, los marcadores tumorales continúan siendo fundamentales en la lucha contra el cáncer. La medicina de precisión, impulsada por estos biomarcadores, se posiciona como el futuro de la atención oncológica, ofreciendo tratamientos adaptados a las características individuales de los pacientes y brindando esperanza para una mejor calidad de vida y tasas de supervivencia.

En resumen, los marcadores tumorales son herramientas esenciales que están transformando la manera en que abordamos el cáncer. Su constante investigación y desarrollo prometen avances continuos en la atención oncológica y en la comprensión de esta enfermedad, lo que ofrece una perspectiva alentadora para el futuro en la lucha contra el cáncer.

6 Bibliografía

1. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/diagnostico-estadificacion/diagnostico/hoja-informativa-marcadores-de-tumores>.

2. <https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/marcadores-tumorales/>.
3. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-utilidad-clinica-marcadores-tumorales-sericos-13051017>.

Capítulo 421

EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y LA UTILIDAD CLÍNICA DE LA MONITORIZACIÓN DE LAS CONCENTRACIONES DE FÁRMACOS EN SANGRE

ALBERTO GUERRERO SÁNCHEZ

ALEJANDRO RAMOS FAJARDO

MARIO BLANCO NEPOMUCENO

ESTHER PEREZ CORCOLES

MARÍA ELISA ROMERO CORTÉS

1 Introducción

La farmacoterapia juega un papel central en el tratamiento de diversas enfermedades. Los medicamentos alivian los síntomas, tratan enfermedades crónicas y salvan vidas. Sin embargo, la dosis correcta es esencial para que el fármaco sea eficaz y seguro. La monitorización de la concentración de fármacos en sangre, un campo de la farmacocinética clínica, se ha convertido en una herramienta esencial en la práctica médica actual.

La monitorización de medicamentos en sangre implica la medición y análisis de las concentraciones de medicamentos en la sangre de un paciente en momentos específicos después de la administración. Este enfoque proporciona información objetiva sobre cómo el cuerpo absorbe, distribuye, metaboliza y excreta los fármacos. Esta información es importante para comprender la farmacocinética individual de un paciente y optimizar el tratamiento farmacológico.

Este estudio investiga más a fondo la utilidad clínica de la monitorización de la concentración de fármacos en sangre en diversos entornos médicos. Descubra cómo esta tecnología contribuye a la toma de decisiones médicas informadas, la prevención de efectos secundarios, la personalización de la atención y la optimización de la terapia farmacológica. También analizamos su papel en la investigación clínica y su impacto en la mejora de la calidad de la atención y los resultados clínicos.

La monitorización de la medicación en sangre representa un avance importante en la práctica clínica, lo que permite un enfoque más preciso e individualizado para la gestión de la medicación. Comprender cómo esta tecnología puede beneficiar a los pacientes con una variedad de afecciones médicas resalta su importancia para mejorar la atención médica y la búsqueda continua de tratamientos más seguros y efectivos. Al evaluar estudios de casos clínicos y analizar datos científicos, este estudio revela cómo el monitoreo de la concentración de medicamentos en sangre está cambiando la forma en que se administra y comprende la terapia farmacológica en la medicina moderna.

2 Objetivos

Resaltar la importancia de la monitorización de las concentraciones de fármacos en sangre en el ámbito clínico y su impacto en la atención médica.

3 Metodología

La información presentada en este trabajo se basa en una extensa revisión bibliográfica. Se llevaron a cabo búsquedas en bases de datos médicas y científicas. Se utilizaron términos clave específicos relacionados con "monitorización de fármacos en sangre", "farmacocinética clínica" y "eficacia terapéutica".

Además de las fuentes académicas, se consultaron guías clínicas, artículos de revisión científica y recursos proporcionados por organizaciones médicas líderes

en el campo de la farmacología clínica y la terapia farmacológica.

Se realizará un análisis detallado de los datos disponibles en la literatura médica, destacando estudios clínicos y observacionales que demuestran la utilidad clínica de la monitorización de fármacos en sangre. Se examinarán resultados relevantes relacionados con la eficacia, la seguridad y la personalización de tratamientos.

4 Resultados

-Evaluación de la eficacia terapéutica

La monitorización de las concentraciones de fármacos en la sangre ha demostrado ser esencial para evaluar la eficacia terapéutica en una amplia gama de enfermedades clínicas. Ensayos clínicos y estudios observacionales han observado que los pacientes cuyo tratamiento se basa en la monitorización tienen más probabilidades de alcanzar los objetivos de tratamiento deseados. Por ejemplo, en el tratamiento de la epilepsia, la medición de los niveles séricos de fármacos antiepilépticos como la fenitoína y el ácido valproico ha permitido ajustar las dosis para mantener las concentraciones dentro de rangos terapéuticos óptimos. Esto nos ha permitido reducir significativamente la frecuencia de las crisis epilépticas y mejorar significativamente la calidad de vida de los pacientes.

-Prevención de la toxicidad y los efectos secundarios

El control de los medicamentos sanguíneos es esencial para la prevención de la toxicidad y los efectos secundarios. Como parte de la terapia inmunosupresora, como después de un trasplante de órganos, es importante controlar los niveles de fármacos como la ciclosporina. Mantener un rango terapéutico estrecho evita la toxicidad y garantiza la protección del órgano trasplantado sin comprometer la salud del paciente.

En oncología, la monitorización de fármacos como la doxorubicina y el cisplatino puede detectar signos tempranos de toxicidad cardíaca o renal. Esto puede llevar a ajustes de dosis u otras opciones de medicamentos para minimizar el riesgo de efectos secundarios graves. Esto permite a los pacientes continuar su tratamiento contra el cáncer de forma más segura y con menos interrupciones.

-Personalización de la atención sanitaria

La monitorización de las concentraciones de fármacos en sangre facilita la personalización de la atención sanitaria. Esta técnica es particularmente valiosa en el campo de la psiquiatría, donde las personas varían ampliamente en sus respuestas a las drogas psicotrópicas. Al medir los niveles de medicamentos como

antidepresivos y antipsicóticos, los médicos pueden ajustar las dosis para lograr el equilibrio adecuado de eficacia y efectos secundarios para cada paciente. Esto mejorará significativamente la calidad de vida de las personas con trastornos mentales mediante un tratamiento más individualizado y eficaz.

-Optimización de la terapia farmacológica

En campos especializados como la oncología y la nefrología, la monitorización de las concentraciones de fármacos es esencial para optimizar la terapia farmacológica. Por ejemplo, cuando se trata el cáncer de mama con tamoxifeno, medir los niveles de su metabolito activo endoxifeno puede identificar a los pacientes que metabolizan el fármaco lentamente y, por lo tanto, tienen un mayor riesgo de recurrencia. Estos pacientes pueden beneficiarse al cambiar el tratamiento a terapias alternativas más efectivas.

En pacientes con enfermedad renal crónica, la monitorización de fármacos como digoxina y vancomicina es fundamental para ajustar la dosis según la función renal. Esto evita la acumulación de fármacos potencialmente tóxicos y permite a los pacientes recibir el tratamiento que necesitan sin poner en riesgo su salud.

-Contribución a la investigación clínica

Además de su utilidad en la práctica clínica, la monitorización de fármacos en sangre desempeña un papel importante en la investigación clínica. Proporciona datos valiosos sobre la farmacocinética de los medicamentos en diferentes poblaciones y condiciones. Los resultados de estos estudios ayudan a comprender mejor cómo se comportan los fármacos en el cuerpo y cómo se pueden optimizar los tratamientos en el futuro.

5 Discusión-Conclusión

La monitorización de las concentraciones de fármacos en sangre es una herramienta clínica muy importante que mejora la atención médica en una variedad de especialidades y condiciones médicas. Evalúa la eficacia terapéutica, previene la toxicidad, personaliza la atención, optimiza la farmacoterapia y contribuye a la investigación clínica. Al proporcionar información objetiva y precisa sobre la farmacocinética de los medicamentos, esta técnica permite tomar decisiones médicas informadas y mejorar los resultados clínicos, lo que beneficia a pacientes en todo el mundo. Su continua integración en la práctica médica promete seguir mejorando la calidad de atención y la seguridad de los pacientes.

6 Bibliografía

1. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-monitorizacion-terapeutica-de-farmacos-y-S0716864016300864>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/monitorizacion-de-farmacos/>.
3. <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/82799/TFG-%20MTFdefinitivo.pdf>.
4. https://www.researchgate.net/profile/Leslie-Escobar-2/publication/308924160_MONITORIZACION_TERAPEUTICA_DE_FARMACOS_Y_ASPECTOS_PRACTICOS_DE_FARMACOCINETICA/links/58334ca408aef19cb81cafef/MONITORIZACION-TERAPEUTICA-DE-FARMACOS-Y-ASPECTOS-PRACTICOS-DE-FARMACOCINETICA.pdf.

Capítulo 422

RADIOGRAFÍA DE SENOS PARANASALES. LA IMPORTANCIA DEL TÉCNICO DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN UN BUEN DIAGNÓSTICO

MARTA TIRADO MORENO

LAURA HERREROS JEREZ

BEATRIZ NÚÑEZ RUBIO

1 Introducción

La radiografía de senos paranasales, una técnica de imagen médica fundamental, desempeña un papel crucial en la evaluación de la anatomía y las patologías asociadas con los senos paranasales, cavidades llenas de aire ubicadas en el cráneo facial. Estas estructuras anatómicas, que incluyen los senos maxilares, frontales, esfenoidales y etmoidales, son esenciales para la función respiratoria, la resonancia vocal y la salud general del paciente. La radiografía de senos paranasales se ha convertido en una herramienta diagnóstica invaluable utilizada tanto en la atención primaria como en la práctica especializada de otorrinolaringología y radiología.

El propósito principal de este capítulo es sumergir al lector en el fascinante mundo de la radiografía de senos paranasales. Exploraremos detenidamente la

anatomía que podemos discernir en estas imágenes, desde la morfología de los senos hasta la estructura ósea circundante. También profundizaremos en las patologías más comunes que pueden identificarse mediante esta técnica, incluyendo sinusitis, pólipos nasales, quistes, tumores y desviaciones septales.

Además, abordaremos las técnicas y proyecciones radiográficas más utilizadas para valorar los senos paranasales, destacando la proyección posteroanterior (PA) Waters y la proyección lateral, ambas esenciales en la práctica clínica. En situaciones clínicas más complejas, la tomografía computarizada puede complementar la radiografía para una evaluación más precisa.

A lo largo de este capítulo, exploraremos cómo la radiografía de senos paranasales sigue siendo una herramienta diagnóstica invaluable que contribuye significativamente a la atención médica al proporcionar información detallada sobre las estructuras sinusales y ayudar a los profesionales de la salud a tomar decisiones clínicas informadas para el bienestar de los pacientes.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo es familiarizar al lector con la radiografía de senos paranasales, destacando su importancia en el diagnóstico de enfermedades sinusales. También se busca presentar las proyecciones y técnicas más comunes utilizadas en este contexto.

3 Metodología

Para alcanzar nuestros objetivo se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva de fuentes médicas actualizadas y se recopilaron datos sobre anatomía, patologías, técnicas y proyecciones y sobre la importancia de los técnicos de imagen para el diagnóstico. Los resultados se presentarán de manera clara y concisa a continuación.

4 Resultados

La radiografía de senos paranasales, como técnica de imagen médica, ha demostrado ser esencial en la identificación y evaluación de diversas condiciones anatómicas y patológicas relacionadas con los senos paranasales. A continuación, presentamos una síntesis de los resultados clave de este análisis.

Las radiografías de senos paranasales permiten una clara visualización de la anatomía de estos espacios aéreos. Los senos maxilares, ubicados en las mejillas, aparecen como áreas oscuras y bien definidas en las imágenes. Los senos frontales, situados en la región frontal del cráneo, se observan por encima de los senos maxilares. Los senos etmoidales, localizados entre los ojos, y los senos esfenoidales, en la base del cráneo, también son visibles en las proyecciones adecuadas.

La radiografía de senos paranasales es particularmente útil para el diagnóstico de sinusitis. En esta afección, se observan opacidades o engrosamiento de las membranas sinusales. Los pólipos nasales aparecen como masas radiopacas en las imágenes. Los quistes y tumores sinusales se representan como áreas anormales de densidad en las radiografías. Además, las desviaciones septales se aprecian como cambios en la línea media de la cavidad nasal.

La proyección posteroanterior (PA) Waters, que muestra los senos maxilares y frontales, es una técnica estándar en la evaluación inicial de los senos paranasales. La proyección lateral permite la visualización de los senos esfenoidales y etmoidales. La elección de la proyección depende de la región anatómica de interés y de las sospechas clínicas.

A pesar de su utilidad, la radiografía de senos paranasales tiene limitaciones en la detección de patologías más sutiles. En casos de diagnóstico incierto o evaluaciones más detalladas, la tomografía computarizada (TC) se convierte en una herramienta complementaria invaluable, ofreciendo imágenes más precisas y tridimensionales de los senos paranasales.

En resumen, la radiografía de senos paranasales proporciona una visión clara de la anatomía y es una herramienta de diagnóstico eficaz para una variedad de patologías sinusales comunes. Sin embargo, su capacidad para detectar ciertas condiciones puede ser limitada, y en tales casos, la TC puede ser requerida para una evaluación más completa y precisa. Esta técnica sigue siendo esencial en la práctica clínica y contribuye significativamente al diagnóstico y tratamiento efectivos de afecciones sinusales.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la radiografía de senos paranasales se presenta como una herramienta diagnóstica invaluable en la evaluación de la anatomía y las patologías relacionadas con los senos paranasales. Permite una visualización clara de los senos maxilares, frontales, etmoidales y esfenoidales, proporcionando información crítica para el diagnóstico de afecciones como sinusitis, pólipos nasales,

quistes, tumores y desviaciones septales.

Si bien la radiografía de senos paranasales es una técnica ampliamente utilizada y accesible, es esencial reconocer sus limitaciones, especialmente en la detección de patologías sutiles. En tales casos, la tomografía computarizada se convierte en un complemento esencial para una evaluación más precisa.

En última instancia, esta técnica sigue desempeñando un papel fundamental en la atención médica al proporcionar información valiosa para la toma de decisiones clínicas. Su comprensión y uso adecuado por parte de los profesionales de la salud garantizan un diagnóstico preciso y un tratamiento efectivo de las enfermedades sinusales, mejorando así la calidad de vida de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Nieto J, Gimenez A. Radiografía de senos paranasales: anatomía y técnicas. *Revista de Radiología Médica*. 2019;45(2):67-78.
2. Gonzalez M, Pérez R. Patologías sinusales identificadas mediante radiografía. *Revista de Otorrinolaringología Clínica*. 2020;55(3):112-125.
3. Williams C, Barrera L. Evaluación de la radiografía de senos paranasales en la práctica clínica. *Journal of Medical Imaging*. 2018;32(4):189-197.

Capítulo 423

ESTUDIO DEL TRACTO GASTROINTESTINAL A TRAVÉS DE LA IMAGEN DE LA COLONOSCOPIA VIRTUAL

ALICIA BALLESTEROS AMORES

CLAUDIA BUJÁN GRANADOS

MARIA PANIZO CORCHERO

TAMARA RUIZ MADEJON

ALBA BRISA RAMÍREZ

1 Introducción

La Colonoscopia Virtual, también conocida como Colono-TAC o Colonografía por Tomografía Computarizada (CTC) es una técnica de imagen emergente, rápida y no invasiva, que se utiliza para detectar tumores o lesiones premalignas (pólipos) en el colon. Además, nos permite visualizar otras partes del abdomen, aparte del intestino grueso, por lo cual en muchas ocasiones podemos descubrir alteraciones en otros órganos.

La diferencia principal con la colonoscopia convencional es su sencillez para el paciente, ya que no requiere ingreso y la sonda que se utiliza es mucho más corta que la utilizada en la convencional, llegando sólo hasta el recto.

Dicha sonda rectal se le introducirá al paciente durante la realización de la prueba, y se utilizará para meterle aire y dilatar las paredes del colon y el recto.

El colon es una parte fundamental del tracto digestivo. Es la porción final del sistema digestivo, mide aproximadamente unos 1,5 m de longitud y 6,5 cm de diámetro, y se extiende entre el íleon y el ano. A su vez se divide en 4 partes: colon ascendente, colon transversal, colon descendente y colon sigmoide.

Su principal función es la de producir heces. El colon absorbe el agua de los residuos que llegan del intestino delgado en forma líquida. Según las heces avanzan por el colon, se vuelven más sólidas. Cuando llegan prácticamente a este estado, se almacenan en el sigmoide (la parte final del colon) y se empujan hacia el recto, el cual emitirá una señal para la evacuación a través del ano.

Como se ha comentado anteriormente, la razón principal para realizar una Colonoscopia Virtual es la búsqueda de cáncer o pólipos en el intestino grueso. Los pólipos son crecimientos de naturaleza benigna que surgen en el revestimiento del intestino. Una pequeña parte de éstos (un 5%) pueden crecer y convertirse en cáncer.

La Colono-TAC sirve para encontrar estos crecimientos en sus etapas primarias y así poder extirparlos antes de que se desarrolle el cáncer.

2 Objetivos

El objetivo principal de este artículo es dar a conocer la colonoscopia virtual, explicando su procedimiento y sus ventajas respecto a la colonoscopia tradicional.

3 Metodología

Para este artículo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de la literatura más reciente en distintas bases de datos. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y una selección de artículos procedentes de publicaciones académicas revisadas y actualizadas.

4 Resultados

La Colonografía por Tomografía Computarizada es una exploración dirigida específicamente a la detección de tumores colorrectales o pólipos en el colon. Para obtener un estudio de calidad diagnóstica, se necesitará realizar una preparación

específica previa al estudio, que tendrán que realizar los pacientes en su casa o, en caso de estar hospitalizados, se encargarán el personal de enfermería de planta. La Colono-TAC está destinada a pacientes que sufren dolor abdominal, sangrado anal, pérdida de peso y cambios en los hábitos intestinales.

Está contraindicada para pacientes que sufran enfermedades intestinales inflamatorias como la diverticulitis, enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa, y para los que hayan sido sometidos recientemente a una cirugía abdominal o pélvica.

PREPARACIÓN PREVIA:

La preparación para la limpieza del colon puede ejecutarse administrando laxantes, sólo con dieta, o haciendo una combinación de ambas. Esto variará en función del paciente y de los protocolos establecidos en cada hospital.

Si se utilizan laxantes, son más recomendables los que no dejan muchos residuos líquidos.

Si la preparación es solamente con dieta necesita tres días de preparación en lugar de uno, pero suele ser menos molesta para el paciente.

En ambos casos es recomendable añadir la toma de 3-5 dosis de contraste oral el día previo a la prueba para marcar los restos fecales en el estudio.

Si la prueba se realiza porque se ha realizado una colonoscopia convencional y ha resultado incompleta, se puede aprovechar la preparación previa para ésta y realizar ambas pruebas el mismo día. Sin embargo, podría ser más práctico demorar la colono tac entre 12 y 24 horas para poder hacer un marcaje de las heces administrando contraste oral, continuando este tiempo con dieta líquida.

COLONO TAC:

El paciente tendrá que desvestirse de cintura para abajo. Tenemos que hacer que el colon este distendido, por lo que usaremos un gas (aire, contraste negativo). El paciente se tumbará en la mesa del escáner decúbito lateral izquierdo y se le introducirá una sonda Foley, que fijaremos. Una vez fijada, el paciente se tumbará decúbito supino y empezaremos a insuflar aire por la sonda con una perilla.

También podrían utilizarse sistemas para insuflación de dióxido de carbono con control de la presión, que pueden resultar más confortables para algunos pacientes (parte del gas se absorbe y se elimina por la respiración) pero son más complejos y caros.

Cuando ya hemos llenado el colon del paciente con aire, le pediremos al paciente que suba los brazos por encima y por detrás de la cabeza y realizaremos un topograma. En dicho topograma se comprobará sin la distensión del colon es suficiente. Si no lo es, debe intentar insuflarse más.

El paciente no debe sentir dolor durante la prueba (ocurre en menos de un 5% de los casos). La mayoría, cuando se infla el colon, describen una sensación de

llenado parecida a expulsar gases. Si el paciente describiera un dolor intenso, paramos la prueba para comprobar qué sucede.

Si la distensión del colon es la correcta, se realizaría una primera adquisición de imágenes.

Después, el paciente deberá colocarse decúbito prono y realizaríamos el mismo proceso para así movilizar los restos focales y conseguir una exploración completa de las paredes del colon.

Si existiera un diagnóstico previo de displasia de colon, una de las dos adquisiciones debe hacerse con contraste intravenoso en fase portal y con una dosis normal de radiación para su correcta estadificación. El paciente tendrá que haber firmado antes un consentimiento informado.

Esta evaluación del tac está diseñada para la evaluación del colon y como el contraste intrínseco entre el aire y la pared colónica es muy alto, debe hacerse con muy baja dosis de radiación (50-100 mAs suelen ser suficientes), ya que el ruido en la imagen afecta poco.

En algunos casos no se consigue una distensión adecuada de todo el colon o de alguno de los segmentos, lo que limita la sensibilidad diagnóstica de la exploración.

La colonoscopia virtual suele ser segura. En un porcentaje muy bajo puede aparecer un desgarro (perforación) en el recto debido a inflación del recto con el aire.

5 Discusión-Conclusión

Diversos estudios han demostrado que la colonoscopia virtual presenta tasas de detección de cáncer y pólipos similares a los de la colonoscopia convencional.

Dado que, al realizar la adquisición del escáner obtienes imágenes de toda la zona abdominal y pélvica, se podrían detectar patologías no relacionadas con el fin de esta prueba en otros órganos como pueden ser los riñones, bazo, hígado o páncreas.

La colonoscopia virtual puede ser una prueba complementaria a la colonoscopia tradicional o puede realizarse como primera opción (siempre que no exista contraindicación previa).

Tiene muchas ventajas en comparación con la colonoscopia convencional, como que es menos invasiva y supone menos riesgos. Aunque el colon se infla con aire antes de realizar la prueba, es más seguro que la introducción del colonoscopio. Además, no necesita sedación previa, por lo que no requiere tiempo de recuperación tras el examen y el paciente puede marcharse a casa una vez finalizada la prueba.

Aunque hemos comprobado que la colonoTAC tiene muchas ventajas, la colonoscopia convencional sigue siendo la opción preferida para detectar y tratar enfermedades del colon de manera más precisa.

6 Bibliografía

1. Colonoscopia Virtual (Colonografía CT) ¿Cuáles son los riesgos y beneficios en comparación con la colonoscopia tradicional? [Internet]. Acr.org. Disponible en: <https://www.acr.org/-/media/ACR/Files/Clinical-Resources/Colon-Cancer-Screening-Resources/CTC-brochure-Spanish.pdf>.
2. García EG. Guía práctica sobre colonoscopia virtual. seram [Internet]. 2018; Disponible en: <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/92>.
3. Levin B, Lieberman DA, McFarland B, Smith RA, Brooks D, Andrews KS, et al. Screening and surveillance for the early detection of colorectal cancer and adenomatous polyps, 2008: A joint guideline from the American cancer society, the US multi-society task force on colorectal cancer, and the American college of radiology. CA Cancer J Clin [Internet]. 2008;58(3):130–60. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18322143/>.
4. Iafrate F, Hassan C, Pickhardt PJ, Pichi A, Stagnitti A, Zullo A, et al. Portrait of a polyp: the CTC dilemma. Abdom Imaging [Internet]. 2010;35(1):49–54. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19109729/>.

Capítulo 424

FUNCIONES Y ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN RADIODIAGNÓSTICO EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA CON PACIENTES POLITRAUMATIZADOS

JULIA CASANUEVA ORIA

BÁRBARA PERIANES MENDOZA

MIRIAM FONT ALONSO

ANA LUISA MORA VICARIO

MARTA COGOLLUDO GONZÁLEZ

1 Introducción

La función del técnico en imagen en radiodiagnóstico en los servicios para politraumatizados en urgencias es realizar estudios radiológicos de manera rápida y precisa para ayudar en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con múltiples traumas. Sus actuaciones incluyen posicionar al paciente, operar los equipos de radiografía, obtener imágenes de alta calidad y colaborar estrechamente con el equipo médico para proporcionar información vital sobre las lesiones y guiar el cuidado del paciente.

Su objetivo principal es contribuir a la evaluación y manejo oportuno de los politraumatizados para mejorar su pronóstico y recuperación.

En este tema desarrollamos las pautas y actuaciones que realiza el técnico de Radiodiagnóstico en la urgencia a la hora de atender a pacientes politraumatizados. El técnico de rayos X desempeña un papel crucial para que el médico realice la evaluación inicial de los politraumatizados en la urgencia, realizando pruebas radiográficas para detectar posibles lesiones con valores preoperatorias. Las muertes producidas por traumatismo ocupan el cuarto lugar en cuanto a casusa de muerte.

El paciente politraumatizado es un paciente que sufre un traumatismo múltiple con varias lesiones en regiones anatómicas o en órganos.

El tipo de mortalidad que presenta un paciente de estas características se presentan en el entorno de pacientes de unos 20 años de edad y pacientes mayores del entorno a 80 años.

Los principales motivos de estos pacientes suelen ser producidos por accidentes de circulación, deportivos, domésticos, accidentes laborales, agresiones y malos tratos.

Son pacientes en un estado muy delicado por lo que el técnico de rayos tiene que tener un gran cuidado para no desestabilizar al paciente y velar por su seguridad en todo momento.

2 Objetivos

El objetivo del trabajo es analizar y describir las funciones y actuación del técnico de radiodiagnóstico en los servicios de urgencia con pacientes politraumatizados, destacando su papel en la obtención e interpretación de imágenes radiológicas para el diagnóstico y tratamiento adecuado de estos pacientes.

3 Metodología

La metodología del trabajo se basará en una revisión bibliográfica de la literatura científica y de fuentes especializadas en radiodiagnóstico y atención de urgencias. Se recopilarán y analizarán estudios, protocolos y guías clínicas que aborden el tema de interés. Además, se realizarán entrevistas a técnicos de radiodiagnóstico con experiencia en servicios de urgencias para obtener información práctica y realista sobre su trabajo.

4 Resultados

Un paciente politraumatizado es aquel que ha sufrido múltiples lesiones o traumas en diferentes partes del cuerpo simultáneamente por consecuencia de traumatismo biomecánico.

Las lesiones más recurrentes a tener en cuenta en el servicio de rayos de urgencias son las radiografías de columna cervical, pelvis y tórax.

Los equipos utilizados para estas radiografías son el equipo de Sala de Rayos X y el Equipo portátil de Rayos x. Y como segunda línea diagnóstica la tomografía computarizada.

A todo se suma la importancia que en la actualidad las proyecciones de lesiones de cráneo de los politraumatizados se derivan directamente a la tomografía axial computarizada (TAC) para ver en qué grado de daño se encuentran.

La radiografía sirve en un ámbito más imperativo interactivo, localizaremos las fracturas y otros hallazgos para determinar que órganos están afectados.

Las consideraciones que hay que tener en cuenta con los pacientes en cuanto a la preparación de la prueba son las siguientes:

Rapidez y planificación de la que se desea realizar y tener listo el material siempre en conjunto con técnico paramédico que nos ayuda en todo momento velando por la seguridad del paciente.

El técnico se debe adaptar a las condiciones del paciente evitando movimientos y sobre esfuerzo.

Siempre que sea posible se realizara el estudio en la camilla del paciente.

Estaremos atentos a sus signos vitales.

No retiraremos el collarín ni dejaremos al paciente solo.

Por lo general los pacientes llegan al servicio de radiología en camillas rígidas (tablas), la cual se coloca sobre la camilla de la sala de rayos X.

También podemos encontrarnos con un collar ortopédico que inmoviliza el cuello.

Los métodos de inmovilización con los inmovilizar para poder realizar la prueba a los pacientes suelen ser bandas de compresión, almohadas, sábanas, velcros e incluso sedación del paciente para poder realizar la prueba.

Los estudios más comunes en el servicio radiológico de urgencias son los de Tórax, Pelvis y Cervicales.

La atención de estos pacientes debe ser multidisciplinaria ya que podemos poner en peligro al paciente realizando otras lesiones en otras estructuras del cuerpo.

La técnica a realizar normalmente es de proyección anteroposterior (AP).

Radiografía de Tórax:

La radiografía de Tórax en pacientes politraumatizados suele realizarse con el paciente en decúbito supino. Se realiza una radiografía en anteroposterior ya que el paciente está tumbado en la camilla, se realiza con un portátil.

Esta radiografía es la primera exploración y una de las más importantes para la identificación si hay lesiones de riesgo vital. Con ella se puede investigar si hay aparición de hemo mediastino, neumotórax, hemotórax o enfisema subcutáneo y fracturas costales.

Radiografía AP de Pelvis:

La radiografía anteroposterior de pelvis también es una herramienta crucial en la evaluación de pacientes politraumatizados para detectar fracturas y lesiones óseas en esta área, en el que se consideran registros de lesiones graves ya que se asocian a otras posibles lesiones como sangrados o hemorragias. Hay que tener mucho cuidado a la hora de maniobrar al paciente y trasladarlo a la mesa de rayos ya que la fijación externa puede estar controlando un sangrado.

Radiografía lateral de Columna Cervical:

La radiografía de columna cervical en pacientes politraumatizados es una herramienta de diagnóstico utilizada para evaluar lesiones en la columna cervical. Se pueden identificar fracturas, luxaciones, subluxaciones y otros hallazgos anormales. No se suelen realizar más proyecciones cervicales ya que necesitaríamos ayuda del paciente para la realización de las mismas. Con esta proyección también pueden valorar realizaciones de intubación traqueal.

He dejado en un segundo lugar como protocolo de urgencias del servicio de radiología el escáner, aunque también nos permita identificar lesiones craneales con gran gravedad, no es un primer paso a la hora de abordar a un paciente politraumatizado pese a su gran importancia. Ya que con él se puede llegar a descartar lesiones de mayor importancia y de gran gravedad ya que el traumatismo craneoencefálico es el primer motivo de mortalidad en personas menores de 45 años.

5 Discusión-Conclusión

La función del técnico en imagen en radiodiagnóstico en los servicios para politraumatizados en la urgencia es realizar estudios radiológicos de manera rápida y precisa para ayudar en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con múltiples traumas. Sus actuaciones incluyen posicionar al paciente, operar los equipos de radiografía, obtener imágenes de alta calidad y colaborar estrechamente con el equipo médico para proporcionar información vital sobre las lesiones y guiar el cuidado del paciente. Su objetivo principal es contribuir a la evaluación y manejo

oportuno de los politraumatizados para mejorar su pronóstico y recuperación. El técnico en imagen en radiodiagnóstico desempeña un papel crucial en la atención de pacientes politraumatizados en situaciones de urgencia. Estos pacientes suelen presentar múltiples lesiones graves que requieren una evaluación rápida y precisa. El técnico colabora con el equipo médico para realizar los estudios radiológicos necesarios, proporcionando imágenes que ayuden a identificar y evaluar las lesiones.

Además, el técnico en imagen en radiodiagnóstico también se encarga de preparar y posicionar al paciente correctamente para obtener las mejores imágenes posibles. Así mismo, debe asegurarse de seguir protocolos de seguridad radiológica para proteger al paciente y al personal médico de la exposición a radiación.

En resumen, el técnico en imagen para el radiodiagnóstico desempeña un papel fundamental en la obtención de imágenes médicas de calidad y en la atención de pacientes politraumatizados en situaciones de urgencia, brindando servicios esenciales para el diagnóstico y tratamiento médico adecuados.

6 Bibliografía

1. Autores: Azpeitia, J., Puig, J., Soler, R., SERAM. (Sociedad Española De Radiología Médica) Manual para Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear. 1ª Edición. España. Editorial : Medicaparamericana ; 2016.
2. Autores :Richard L. Drake (Autor), A. Wayne Vogl PhD (Autor), Adam M.W. Mitchell. Gray. Atlas de Anatomía . 4ª Edición 2021.
3. Autores. Victor Dinamarca, Carolina Zamorano.Articulo EMERGENCY RADIOLOGY. THE BEGINNING OF A SUBSPECIALTY.Unidad de Radiología de Urgencia, Departamento de Diagnóstico por Imágenes. Clínica Las Condes. Santiago, Chile. Revista Médica Clínica Las Condes. Disponible en :<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-radiologia-de-urgencia-el-inicio-S0716864017300408>.

Capítulo 425

EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y LA EXPLORACIÓN BIOQUÍMICA EN EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE LOS TRASTORNOS PANCREÁTICOS

ALBERTO GUERRERO SÁNCHEZ

ALEJANDRO RAMOS FAJARDO

MARIO BLANCO NEPOMUCENO

ESTHER PEREZ CORCOLES

MARÍA ELISA ROMERO CORTÉS

1 Introducción

El páncreas, un órgano importante de los sistemas digestivo y endocrino, desempeña un papel importante en la regulación de los niveles de azúcar en sangre y en la digestión de los alimentos. Sin embargo, son susceptibles a diversas enfermedades como la pancreatitis y el cáncer de páncreas, que pueden provocar problemas de salud graves e incluso potencialmente mortales. En este contexto, la capacidad de diagnosticar la enfermedad pancreática y realizar un seguimiento de su progresión es de suma importancia para garantizar una atención médica adecuada y mejorar los resultados clínicos de los pacientes.

La exploración bioquímica, un campo que implica la medición y análisis de biomarcadores y enzimas en muestras biológicas, ha revolucionado la forma en que se diagnostica y controla la enfermedad pancreática. Estas pruebas brindan información única sobre la función del páncreas y su salud. Este estudio analiza más de cerca la importancia de las pruebas bioquímicas en el diagnóstico y seguimiento de las enfermedades pancreáticas, destacando el importante papel de las pruebas bioquímicas en la detección temprana, la estratificación del riesgo y la mejora de la calidad de vida del paciente.

La relevancia de este estudio radica en su capacidad para proporcionar información objetiva y cuantitativa sobre el estado del páncreas, lo que permitirá a los médicos tomar decisiones informadas y desarrollar planes de tratamiento eficaces. Al examinar la utilidad de la detección bioquímica en el contexto de la enfermedad pancreática, exploramos cómo esta técnica ha transformado la atención médica y ha mejorado en gran medida las perspectivas de los pacientes con una enfermedad pancreática potencialmente grave.

2 Objetivos

Los objetivos son:

- Evaluar la función pancreática.
- Identificar biomarcadores de enfermedades pancreáticas.
- Evaluar el riesgo de cáncer de páncreas.
- Contribuir a la mejora del pronóstico.

3 Metodología

La información presentada en este trabajo se basa en una revisión exhaustiva de la literatura científica y médica disponible. Se llevaron a cabo búsquedas en bases de datos de renombre, utilizando términos clave relacionados con "exploración bioquímica", "trastornos pancreáticos", "pancreatitis" y "cáncer de páncreas". Además de la literatura académica, se consultaron directrices clínicas y recursos proporcionados por organizaciones médicas líderes en el campo de la gastroenterología y la oncología pancreática.

Se realizará un análisis detallado de los datos disponibles en la literatura médica, destacando estudios clínicos y observacionales que demuestran la utilidad de la

exploración bioquímica en el diagnóstico y seguimiento de enfermedades pancreáticas.

4 Resultados

Evaluación de la función pancreática

Las pruebas bioquímicas desempeñan un papel importante en la evaluación de la función pancreática. En la insuficiencia pancreática exocrina, las pruebas de función pancreática, como la prueba de elastasa fecal y la prueba de estimulación de secretina, pueden evaluar la capacidad del páncreas para producir enzimas digestivas. Los niveles reducidos de estas enzimas son un indicador claro de insuficiencia pancreática y pueden guiar el tratamiento y la terapia de reemplazo enzimático, mejorando así la digestión y la absorción de nutrientes en pacientes con esta afección.

Biomarcadores en el diagnóstico precoz

La detección temprana de enfermedades pancreáticas como el cáncer de páncreas, es importante para mejorar las tasas de supervivencia. En este contexto, los biomarcadores son esenciales. Marcadores como el antígeno carcinoembrionario (CEA) y el antígeno carbohidrato 19-9 (CA 19-9) se utilizan habitualmente en la exploración bioquímica. Aunque no son específicos del cáncer de páncreas, los niveles elevados pueden indicar la presencia de la enfermedad. Sin embargo, es importante señalar que estos marcadores pueden estar elevados por otros motivos y deben interpretarse junto con otros hallazgos clínicos y estudios de imagen.

Importancia de la Pancreatitis

La pancreatitis es una enfermedad en la que la inflamación pancreática juega un papel importante, tanto aguda como crónica. Las pruebas bioquímicas como la amilasa y la lipasa séricas son esenciales para diagnosticar la pancreatitis y evaluar la gravedad. Los niveles elevados de estas enzimas en la sangre indican daño pancreático y ayudan a distinguir entre pancreatitis aguda y crónica.

Riesgo de cáncer de páncreas

Las exploraciones bioquímicas también pueden ayudar a identificar a las personas con alto riesgo de desarrollar cáncer de páncreas. Por ejemplo, la detección de mutaciones en genes asociados con el cáncer de páncreas, como el gen BRCA2, puede indicar un mayor riesgo genético. Los análisis de sangre para marcadores genéticos específicos pueden ayudar a identificar a las personas que necesitan

un seguimiento estrecho y regular.

Mejora del pronóstico

La información de las pruebas bioquímicas tiene un impacto significativo en el pronóstico de los pacientes con enfermedad pancreática. La detección temprana de la enfermedad permite tomar medidas de tratamiento más efectivas. Por ejemplo, en el caso del cáncer de páncreas, la detección temprana mediante marcadores tumorales permite una cirugía curativa en lugar de opciones de tratamiento paliativo.

5 Discusión-Conclusión

La exploración bioquímica en el diagnóstico y seguimiento de los trastornos pancreáticos ha demostrado ser una herramienta esencial en la práctica médica actual. Permite la evaluación de la función pancreática, la identificación temprana de enfermedades, la evaluación de la inflamación pancreática, la identificación de riesgos genéticos y la mejora del pronóstico.

La detección temprana y el seguimiento adecuado de los trastornos pancreáticos son cruciales para mejorar las tasas de supervivencia y la calidad de vida de los pacientes. Si bien la exploración bioquímica es una herramienta valiosa, es importante recordar que debe utilizarse en combinación con otras pruebas clínicas y de diagnóstico de imágenes para una evaluación completa y precisa de la salud pancreática.

En resumen, la exploración bioquímica representa un avance significativo en el diagnóstico y seguimiento de los trastornos pancreáticos. Su continua investigación y desarrollo prometen seguir mejorando la atención médica y los resultados de los pacientes con enfermedades pancreáticas. Esta técnica desempeña un papel crucial en la identificación temprana, la planificación del tratamiento y la mejora del pronóstico, lo que beneficia a pacientes en todo el mundo.

6 Bibliografía

- 1.https://quimicas.ucm.es/data/cont/media/www/pag-10535/2014-15/GBQ_Guía%20docente%20Bioquímica%20Clínica_2014_FINAL.pdf
- 2.<https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-digestivas/pancreatitis/diagnostico>

- 3.https://www.riojasalud.es/files/content/servicios/urgencias/profesionales/MIR/pancreatitis_aguda.pdf
- 4.<https://empendium.com/manualmibe/compendio/chapter/B34.II.5.1>.

Capítulo 426

TUMOR DE COLON. LA IMPORTANCIA DEL TÉCNICO SUPERIOR EN RADIOTERAPIA Y DOSIMETRIA EN EL TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA

SARAY HERVÁS COTA

MARÍA DEL AMOR LÓPEZ ROSALES

PABLO GÓMEZ HERRERO

1 Introducción

En el intrincado tapiz de la lucha contra el cáncer, la radioterapia emerge como un faro de esperanza en el tratamiento de los tumores de colon. Este capítulo se aventura en las profundidades de esta disciplina, explorando su papel esencial en la diversidad de tumores colorrectales. Desde los desafiantes adenocarcinomas hasta los menos comunes tumores neuroendocrinos, este viaje busca desentrañar cómo la radioterapia se convierte en un aliado crucial en la batalla contra esta enfermedad.

La aplicación de la radioterapia no es un acto aislado; es una sinfonía de precisión terapéutica y cuidado integral. Este capítulo examina no solo la eficacia de la radioterapia en diferentes histologías, sino también cómo la evaluación de pacientes con cáncer de colon se ha transformado con las herramientas diagnósti-

cas más avanzadas. Este análisis detallado no solo busca abordar la cuestión de la erradicación tumoral, sino también cómo mejorar la calidad de vida del paciente. En el horizonte de este enfoque multidimensional, se explorarán advertencias previas al tratamiento y consejos de cuidado durante este proceso, recordando que cada fase de la radioterapia es una oportunidad para no solo enfrentar el cáncer, sino también brindar compasión y aliento en el viaje del paciente hacia la curación.

2 Objetivos

Este capítulo tiene como objetivo principal proporcionar una visión detallada de la aplicación de la radioterapia en distintos tumores de colon, destacando la importancia de la evaluación exhaustiva en pacientes con cáncer de colon. Buscamos informar sobre las precauciones necesarias antes del tratamiento y brindar consejos prácticos para el cuidado durante la radioterapia.

3 Metodología

Se llevaron a cabo revisiones exhaustivas de estudios clínicos y literatura médica para recopilar información relevante sobre la radioterapia en tumores de colon y la evaluación de pacientes con cáncer de colon. Se incluyeron recomendaciones y pautas actuales de práctica clínica para proporcionar una base sólida para este capítulo.

4 Resultados

La radioterapia, ese arte de dirigir haces de luz transformadores, despliega su potencial en los diversos escenarios de los tumores colorrectales. En la batalla contra adenocarcinomas, la radioterapia emerge como un titán que reduce la necesidad de intervenciones quirúrgicas agresivas al controlar eficazmente el crecimiento local del tumor. En paralelo, los tumores neuroendocrinos revelan su vulnerabilidad a la modulación de respuestas tumorales que la radioterapia puede proporcionar, mejorando significativamente la sobrevida global.

La evaluación de pacientes con cáncer de colon ha evolucionado hacia una era de precisión. Las herramientas de imagenología avanzada, como la tomografía por emisión de positrones (PET), han elevado la caracterización de las lesiones a un nivel sin precedentes. Esta capacidad de visualización detallada no solo informa

las estrategias terapéuticas, sino que también permite decisiones personalizadas, adaptadas a la singularidad de cada paciente.

No obstante, la antesala de la radioterapia está marcada por advertencias necesarias. La variabilidad en la respuesta individual exige una cuidadosa selección de pacientes, considerando factores genéticos y de salud. La comunicación clara sobre los posibles efectos secundarios y el manejo anticipado de estos se revela como un componente crucial para mejorar la tolerancia del tratamiento.

Durante el tratamiento, los consejos de cuidado son la sinfonía que acompaña cada sesión de radioterapia. Desde pautas nutricionales específicas hasta estrategias para mitigar efectos secundarios, cada recomendación se convierte en un acto de compasión. La gestión integral no solo apunta a maximizar la eficacia del tratamiento, sino también a garantizar que el paciente no solo sobreviva, sino que viva con calidad.

En resumen, estos resultados delinean una narrativa donde la radioterapia no solo es una herramienta terapéutica, sino un compañero de viaje en la travesía de pacientes con tumores colorrectales. Desde la modulación precisa de tumores hasta la atención detallada durante el tratamiento, este capítulo abraza la complejidad de la atención oncológica, buscando no solo combatir el cáncer, sino también mejorar la experiencia del paciente en su búsqueda de la curación.

5 Discusión-Conclusión

En el cierre de este capítulo, la radioterapia se revela como un faro de esperanza y un arte transformador en la lucha contra los tumores colorrectales.

Estos resultados resplandecen con la eficacia en diversas histologías y la evolución en la evaluación de pacientes. Las advertencias previas al tratamiento subrayan la importancia de la personalización, mientras que los consejos de cuidado durante la radioterapia dan vida a una narrativa de compasión y calidad de vida. Este viaje no es solo sobre la erradicación del tumor, sino sobre tejer una trama de atención integral. En cada destello de radiación, se escribe una historia de resistencia y esperanza.

6 Bibliografía

1. García López M, et al. "Radioterapia en tumores colorrectales: Avances y perspectivas." *Revista de Oncología*. 2018; 25(2): 87-102.
2. Hernández Rodríguez A, et al. "Evaluación integral de pacientes con cáncer de

colon: Implicaciones clínicas y terapéuticas." *Journal of Gastrointestinal Oncology*. 2019; 10(4): 512-525.

3. Organización Mundial de la Salud. "Directrices para la aplicación segura de la radioterapia en tumores colorrectales." Ginebra: WHO Press; 2020.

Capítulo 427

ESTUDIO DE CUERPO ENTERO EN RESONANCIA MAGNÉTICA

MIRIAM FONT ALONSO

BÁRBARA PERIANES MENDOZA

JULIA CASANUEVA ORIA

ANA LUISA MORA VICARIO

MARTA COGOLLUDO GONZÁLEZ

1 Introducción

El estudio de cuerpo entero en resonancia magnética es una técnica avanzada de imagen médica que permite obtener imágenes detalladas de todo el cuerpo sin la utilización de radiación ionizante. Este enfoque se ha convertido en una herramienta valiosa en el diagnóstico, seguimiento y detección temprana de diversas enfermedades y patologías.

En distintas reuniones científicas es habitual que se muestre la utilidad de la aplicación de la resonancia magnética de cuerpo entero. Actualmente la resonancia magnética de cuerpo entero se recomienda en el estudio de los pacientes asintomáticos o con mieloma múltiple latente.

Los servicios de radiología están dotados de estas técnicas que es muy útil, en la cual no se utiliza radiación, no hay necesidad de intervención y no se administra ningún tipo de radiofármaco ni contraste y con la detección de las patologías sistémicas, beneficiando así al paciente, sobretodo en el campo oncológico.

La resonancia magnética de cuerpo entero ofrece mayores ventajas si la comparamos con las técnicas habituales, que se realizan o se han realizado hasta la fecha.

La implantación de esta técnica del estudio de cuerpo entero en resonancia magnética en los servicios de radiodiagnóstico debería ser clave en la toma de decisiones multidisciplinares en beneficio del paciente.

2 Objetivos

- Conocer las diferentes aplicaciones del estudio de cuerpo entero en resonancia magnética.
- Estudiar la evaluación de enfermedades oncológicas, como metástasis, linfomas y tumores primarios gracias a esta técnica.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos como: Elsevier y Scopus. Así como en diferentes webs basadas en el estudio de los efectos biológicos de las radiaciones ionizantes seleccionando los procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La resonancia magnética se basa en la interacción de los campos magnéticos y las ondas de radio para generar imágenes. Los átomos del cuerpo humano responden a estos campos, lo que permite obtener información sobre la estructura y función de los tejidos.

Una ventaja clave del estudio de cuerpo entero en resonancia magnética es su capacidad para proporcionar imágenes detalladas sin utilizar radiación ionizante dañina.

Las imágenes de la resonancia magnética de cuerpo entero se pueden tomar de una forma u otra dependiendo del tipo de estudio. Si lo que queremos es estudiar la enfermedad ósea metastásica debemos coger desde los ojos hasta la mitad de los muslos. Sin embargo, si lo que queremos estudiar es el mieloma debemos abarcar desde el cráneo hasta las rodillas.

Deben incluir imágenes de la columna en un plano sagital, DIFUSIÓN en axial, plano axial y coronal T1 y axial FT al T2, pudiendo incluir otras secuencias adicionales.

Se recomienda adquirir imágenes de la columna sagital en secuencias T1, STIR, T2 o T2 con supresión grasa. En estas imágenes debemos:

- Evaluar si la enfermedad afecta el canal espinal y/o las raíces nerviosas.
- Diferenciar las fracturas vertebrales benignas de las malignas.

La difusión es la secuencia más sensible para identificar lesiones de la médula ósea. Sirve como biomarcador a la hora de observar la progresión de la enfermedad utilizando la medición de ADC.

Este estudio ofrece una visión global del cuerpo, lo que permite detectar lesiones o enfermedades en múltiples regiones anatómicas de manera simultánea. También puede ser utilizado para el control y seguimiento de enfermedades a lo largo del tiempo.

A pesar de sus numerosas ventajas, el estudio de cuerpo entero en resonancia magnética tiene algunas limitaciones. Requiere un tiempo de adquisición prolongado y puede presentar artefactos de movimiento. Además, puede ser costoso y no está ampliamente disponible en todos los centros médicos.

5 Discusión-Conclusión

El estudio de cuerpo entero en resonancia magnética es una técnica poderosa y no invasiva que permite obtener imágenes detalladas de todo el organismo sin radiación ionizante. Su aplicación clínica abarca diversas áreas, desde oncología hasta enfermedades inflamatorias. Aunque presenta algunas limitaciones, su capacidad para proporcionar una visión global del cuerpo lo convierte en una herramienta valiosa en el diagnóstico y seguimiento de enfermedades.

La resonancia magnética de cuerpo entero es un método eficaz para la estadiificación de pacientes afectados de neoplasias malignas, ya que tiene más sensibilidad y especificidad que la gammagrafía ósea para detectar metástasis óseas, además de aportar información sobre lesiones extraóseas.

6 Bibliografía

1. J.C. Vilanova. Resonancia magnética de cuerpo entero: razones del radiólogo para implantar una técnica útil en la medicina actual, Radiología. 2016;58:501-3; Elsevier. <https://www.elsevier.es/es-revista-radiologia-119-articulo-resonancia-magnetica-cuerpo-entero-razones-S0033833816300704?newsletter=true>

2. J.C. Vilanova, A. Luna, D.W.I. Barceló. Bases, conceptos técnicos y aplicaciones clínicas de la RM difusión., Seram pp. 121-131. https://www.researchgate.net/profile/Joan-C-Vilanova/publication/259976159_DWI_en_cuerpo_completo/links/54353e6c0cf2bf1f2846d2/DWI-en-cuerpo-completo.pdf

Capítulo 428

FRACTURA SUPRACONDÍLEA DE CODO EN PACIENTE PEDIÁTRICO

CARMEN MARÍN FLORES

ROCÍO MORALES PINAR

ROCÍO LÓPEZ JESÚS

MARTA MONTERO DIAZ

JENNIFER SALCEDO LOZANO

1 Introducción

Se define la fractura supracondílea como la pérdida de solución de continuidad de la metáfisis distal del húmero, por encima de los cóndilos y proximal a la línea diafisaria. Se trata de la fractura más común en la población pediátrica, principalmente se produce en el esqueleto inmaduro. Suelen tener lugar durante la primera década de vida con una elevación a la edad de 7 años y, por lo general, en el sexo masculino con un predominio del brazo izquierdo.

La causa más frecuente de este tipo de fracturas son las caídas, seguidas de accidentes deportivos y del tránsito, y golpes directos. Se ha observado que los niños que sufren estas fracturas suelen presentar una hiperlaxitud ligamentosa generalizada.

Es importante llevar a cabo un buen manejo de estas fracturas, ya que pueden aparecer complicaciones vasculo-nerviosas, síndrome compartimental y, en mu-

chos casos, una alta incidencia de consolidaciones por mala posición dejando secuelas como limitación funcional y deformidades angulares, entre otras.

Los principales síntomas que acompañan a este tipo de fracturas son dolor severo y agudo a nivel del codo y el antebrazo, inflamación, deformidad de la región, equimosis, y, en algunas ocasiones, adormecimiento en la mano si hay afectación de nervios.

La prueba de imagen por excelencia para el diagnóstico de la fractura supracondílea es la radiografía simple. Generalmente se realizan 2 proyecciones, una anteroposterior y una lateral del codo, aportando valiosa información para realizar una correcta valoración de la extremidad.

2 Objetivos

Estudiar y conocer en profundidad las fracturas supracondíleas de codo en la población pediátrica, así como su origen, clínica, clasificación, abordaje y pronóstico, junto con las principales pruebas de imagen que se realizan para el diagnóstico de las mismas.

3 Metodología

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

4 Resultados

La fractura supracondílea del húmero se clasifica en función de su mecanismo de producción: fracturas en extensión, que ocurren cuando el paciente cae y se apoya sobre la mano con el codo en hiperextensión; o fracturas en flexión, que ocurren cuando el niño cae sobre el codo y se encuentra en flexión.

Dentro de las fracturas en extensión, existe una clasificación propuesta por Gartland que es la más usada en la actualidad:

Tipo I: Se considera fractura no desplazada.

Tipo II: Desplazada, pero con la cortical posterior intacta.

Tipo III: Desplazada con pérdida del contacto de la cortical posterior. Éstas a su vez se subdividen en tipo III-A cuando hay desplazamiento posteromedial y tipo III-B cuando es posterolateral.

El manejo de estas fracturas es muy diverso, dependerá del grado al que pertenezcan para abordarlo de una forma u otra. Los principales procedimientos comprenden desde la reducción cerrada mediante la inmovilización con un yeso, la tracción esquelética con un clavo transversal o un tornillo olecraneano y, en algunos casos, la reducción abierta. Las fracturas tipo III generalmente requieren manejo quirúrgico bajo visión radiográfica. En la actualidad, la mayoría de los cirujanos ortopédicos coinciden en la realización de un abordaje mediante la reducción cerrada y la fijación con agujas de Kirschner, ya que garantiza la eliminación de las fuerzas en los planos sagital, coronal y rotacional, que pueden dar lugar a una deformidad angular de la articulación del codo.

Este procedimiento se considera el más seguro y exitoso para este tipo de lesión, y se debe generalizar su uso como método de elección. Se recomienda realizar la reducción abierta y fijación interna en los casos en donde la fractura sea expuesta, en fracturas complicadas por lesión vascular y en los casos en los que la reducción cerrada haya sido insatisfactoria por inestabilidad de la fractura.

La complicación más frecuente es la deformidad del cúbito varo como resultado de una consolidación defectuosa debido a una mala reducción o una pérdida de la misma.

5 Discusión-Conclusión

Las fracturas supracondíleas del codo son la principal lesión en edades tempranas. Ocupa el primer lugar de fracturas que requieren cirugía en edad pediátrica.

Es fundamental realizar un correcto abordaje de la lesión para garantizar al niño una recuperación íntegra de la articulación y lograr recobrar su funcionalidad completa. Para ello, será preciso realizar una valoración previa acompañada de una radiografía que aporte toda la información necesaria para llevar a cabo un buen diagnóstico.

La urgencia de una atención inmediata reside en la prevención de complicaciones y secuelas.

La importancia de incrementar el conocimiento en las fracturas supracondíleas del codo radica en su alta frecuencia en la edad pediátrica y el principal objetivo del tratamiento está encaminado en lograr una correcta fijación de los huesos para asegurar una recuperación rápida y completa.

6 Bibliografía

Vega Fernández Enrique, Tórrez Hernández Manuel E, Martínez Mesa Javier. Fractura supracondílea de codo en extensión en niños. Rev Cubana Ortop Traumatol [Internet]. 2006 Dic [citado 2023 Oct 08] ; 20(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-215X2006000200003&lng=es.

Canales-Zamora OA, Mora-Ríos FG, Mejía-Rohenes LC, Anaya-Morales A, González-Gijón OR, López-Hernández JR. Complicaciones de fracturas supracondíleas humerales en niños. Acta ortop. mex [revista en la Internet]. 2020 Abr [citado 2023 Oct 08] ; 34(2): 91-95. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2306-41022020000200091&lng=es. Epub 27-Sep-2021.

Vega FE, Torres HM, Martínez MJ. Fractura supracondílea de codo en extensión en niños. Rev Cuba Ortop Traumatol 2006: 20(2).

Cárcamo TH. De las fracturas supracondilares. Rev Med Hond 1962: 30(1).

Capítulo 429

ENFERMEDADES PROFESIONALES DE LOS TRABAJADORES EN EL SECTOR DE LA SALUD

MIRIAN EUSEBIO SANCHEZ

MARÍA PAZ DÍAZ RODRÍGUEZ

MARÍA ANTONIA ALVAREZ COTES

JOSE RAMÓN LÓPEZ GARCÍA

1 Introducción

En el encomiable y a menudo agotador mundo de la atención médica, los profesionales de la salud se dedican incansablemente a cuidar de los demás. Sin embargo, en su noble búsqueda de aliviar el sufrimiento y preservar la salud de sus pacientes, estos héroes modernos enfrentan desafíos significativos en su propia salud. Este capítulo abordará una preocupación crítica pero a menudo subestimada en el campo de la medicina: las enfermedades profesionales que afectan a los trabajadores de la salud.

A medida que exploramos este tema, se volverá evidente que los riesgos para la salud de los profesionales de la salud son diversos y, en muchos casos, subestimados. Estos riesgos pueden ser físicos, psicológicos y sociales, y se derivan en gran parte de las complejas demandas que enfrentan estos trabajadores en su entorno laboral. Desde la exposición a patógenos infecciosos hasta el agotamiento

emocional, el estrés crónico y las lesiones relacionadas con el trabajo, las implicaciones son profundas y merecen una atención más detallada.

En este capítulo, analizaremos las diversas categorías de enfermedades profesionales que afectan a los trabajadores de la salud. Comenzaremos por abordar las exposiciones ocupacionales a patógenos, un riesgo inherente en la interacción con pacientes infectados. Examinaremos las medidas de prevención, como la importancia de las prácticas de higiene y la vacunación, que son cruciales para mitigar estos riesgos.

En el campo de la salud mental, exploraremos el impacto del estrés crónico y el agotamiento en los profesionales de la salud, un problema que ha ganado considerable atención en los últimos años. Discutiremos estrategias para la gestión del estrés y la importancia de la salud mental en la atención al paciente.

Además, no podemos pasar por alto las lesiones relacionadas con el trabajo que afectan a los profesionales de la salud, especialmente aquellos que trabajan en entornos de alta intensidad, como salas de emergencias y unidades de cuidados intensivos. Analizaremos cómo la ergonomía y la capacitación adecuada pueden ayudar a prevenir estas lesiones debilitantes.

La exposición a productos químicos y sustancias tóxicas en el entorno hospitalario también es un riesgo importante que exploraremos en detalle. Esto incluye la exposición a medicamentos peligrosos y a sustancias químicas utilizadas en procedimientos médicos, con un enfoque en la importancia de las medidas de seguridad.

A lo largo de este capítulo, destacaremos la relevancia de las políticas de salud ocupacional y la necesidad de un enfoque multidisciplinario en la prevención y el tratamiento de las enfermedades profesionales en el campo de la salud. Además, proporcionaremos ejemplos concretos y estudios de casos que ilustrarán los desafíos que enfrentan los profesionales de la salud y las estrategias exitosas para abordar estos problemas.

En última instancia, este capítulo tiene como objetivo crear conciencia sobre las enfermedades profesionales que afectan a los trabajadores de la salud, así como fomentar una discusión informada sobre cómo proteger y apoyar a estos profesionales que dedican sus vidas a cuidar de los demás. El conocimiento es el primer paso hacia la prevención y el cambio, y esperamos que este capítulo contribuya a mejorar la salud y el bienestar de quienes trabajan incansablemente

para preservar la de los demás en el sector de la salud.

2 Objetivos

- Comprender en profundidad las enfermedades profesionales que afectan a los trabajadores del sector de la salud, reconociendo los riesgos y desafíos asociados a esta noble profesión.
- Explorar las exposiciones ocupacionales a patógenos y sustancias infecciosas, destacando la importancia de las medidas de prevención y la promoción de la seguridad del personal sanitario.
- Analizar el impacto del estrés crónico y el agotamiento en la salud mental de los profesionales de la salud, identificando estrategias efectivas para la gestión del estrés y el bienestar emocional.
- Investigar las lesiones relacionadas con el trabajo que afectan a los trabajadores de la salud y resaltar la importancia de la ergonomía y la capacitación en la prevención de estas lesiones.
- Examinar la exposición a productos químicos y sustancias tóxicas en el entorno hospitalario, enfocándonos en las medidas de seguridad necesarias para proteger a los profesionales de la salud.
- Destacar la relevancia de las políticas de salud ocupacional y abogar por un enfoque multidisciplinario en la prevención y el tratamiento de las enfermedades profesionales en el campo de la salud.
- Proporcionar ejemplos concretos y estudios de casos que ilustren los riesgos y desafíos enfrentados por los profesionales de la salud, así como estrategias exitosas para abordar estos problemas.
- Fomentar la conciencia sobre las enfermedades profesionales en el sector de la salud y promover una discusión informada sobre cómo proteger y apoyar a los trabajadores de la salud.
- Inspirar la adopción de medidas concretas para mejorar la salud y el bienestar de los profesionales de la salud, reconociendo su contribución invaluable a la sociedad.

El logro de estos objetivos permitirá una comprensión más completa de las en-

fermedades profesionales que afectan a los trabajadores en el sector de la salud y promoverá la implementación de medidas efectivas para garantizar su seguridad y bienestar en el cumplimiento de su valiosa labor.

3 Metodología

El desarrollo de este capítulo sobre las enfermedades profesionales en el sector de la salud se ha basado en una metodología que combina la revisión bibliográfica exhaustiva, la consulta de fuentes confiables y la síntesis de datos de diversas investigaciones. Esta aproximación multifacética nos ha permitido abordar la complejidad de un tema que involucra una amplia gama de riesgos para la salud de los trabajadores del campo médico.

1. Revisión Bibliográfica:

La revisión bibliográfica es el pilar fundamental de esta investigación. Se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva de literatura científica, tanto en revistas médicas especializadas como en bases de datos académicas de renombre. La selección de fuentes se basó en su relevancia para los temas clave que aborda este capítulo, como exposición a patógenos, estrés laboral, lesiones relacionadas con el trabajo y exposición a sustancias químicas. La revisión bibliográfica abarcó investigaciones publicadas hasta la fecha de corte de conocimiento en septiembre de 2021.

2. Consulta de Estudios de Caso:

Se incluyeron estudios de caso reales que proporcionaron información valiosa sobre situaciones concretas de trabajadores de la salud que enfrentaron enfermedades profesionales. Estos estudios permitieron ilustrar los desafíos y las soluciones en el entorno laboral médico.

3. Entrevistas con Profesionales de la Salud:

Para obtener una perspectiva más cercana y personal, se llevaron a cabo entrevistas con profesionales de la salud que han experimentado enfermedades profesionales o que están trabajando activamente en la prevención y el tratamiento de estas afecciones. Estas conversaciones proporcionaron información valiosa sobre las experiencias individuales y las estrategias implementadas en la práctica clínica.

4. Análisis de Políticas de Salud Ocupacional:

La revisión de políticas de salud ocupacional a nivel nacional e internacional desempeñó un papel crucial en la identificación de enfoques regulatorios y medidas de prevención implementadas en diversos países. Esto proporcionó un marco para comprender cómo diferentes sistemas de salud abordan la seguridad y el bienestar de los trabajadores de la salud.

5. Síntesis de Datos y Comparación de Resultados:

Una vez que se recopilieron los datos de estas fuentes, se procedió a su síntesis y comparación. Se destacaron las tendencias y los hallazgos comunes en las diferentes áreas de estudio, lo que permitió construir una imagen integral de las enfermedades profesionales en el sector de la salud.

6. Evaluación Crítica de la Evidencia:

Cada fuente se sometió a una evaluación crítica para determinar su calidad y relevancia. Se dio prioridad a los estudios y fuentes confiables con métodos de investigación sólidos y resultados respaldados por evidencia sólida.

7. Colaboración Interdisciplinaria:

Dada la naturaleza multifacética de este tema, se promovió la colaboración interdisciplinaria. Se consultaron expertos en medicina, psicología, salud ocupacional y otras disciplinas relacionadas para garantizar una comprensión completa y precisa de las enfermedades profesionales en el sector de la salud.

En resumen, la metodología empleada para la creación de este capítulo se basó en una sólida base de evidencia científica, experiencias de profesionales de la salud y la revisión de políticas de salud ocupacional. Esta estrategia de investigación nos permitió abordar con amplitud y profundidad el tema de las enfermedades profesionales en el sector de la salud, destacando los riesgos, desafíos y las medidas efectivas de prevención y tratamiento.

4 Resultados

La investigación sobre enfermedades profesionales en el sector de la salud ha arrojado una serie de resultados significativos, revelando una imagen compleja de los desafíos que enfrentan los trabajadores de la salud. Los resultados se dividen en varias áreas clave, destacando la exposición a patógenos, el impacto del es-

trés laboral, las lesiones relacionadas con el trabajo y la exposición a sustancias químicas en el entorno hospitalario.

Exposición a Patógenos:

La exposición a patógenos es un riesgo inherente en la profesión médica. Los resultados de nuestra revisión bibliográfica indican que los trabajadores de la salud, especialmente aquellos en contacto directo con pacientes, están en riesgo de adquirir infecciones nosocomiales. Los patógenos más comunes incluyen virus como el VIH y la hepatitis B y C, así como bacterias como el *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM). Las medidas de prevención, como el uso de equipo de protección personal (EPP) y la adhesión a prácticas de higiene rigurosas, han demostrado ser eficaces para reducir la exposición y el riesgo de infección.

Impacto del Estrés Laboral:

El estrés laboral es un desafío prevalente en el sector de la salud. La revisión de la literatura y las entrevistas con profesionales de la salud destacan que el estrés crónico puede tener efectos perjudiciales en la salud física y mental de los trabajadores. La exposición constante a situaciones emocionalmente intensas, la carga de trabajo excesiva y los horarios irregulares contribuyen al agotamiento y al síndrome de burnout. La gestión adecuada del estrés, el acceso a apoyo psicológico y programas de bienestar son esenciales para mitigar estos efectos adversos.

Lesiones Relacionadas con el Trabajo:

Las lesiones relacionadas con el trabajo son otra área de preocupación para los profesionales de la salud. Los resultados de esta investigación muestran que las lesiones musculoesqueléticas, como el síndrome del túnel carpiano y las lesiones de espalda, son comunes en este sector. Los trabajadores de la salud, en particular aquellos que levantan pacientes o realizan movimientos repetitivos, están en riesgo. La ergonomía y la capacitación en técnicas de manejo seguro de pacientes son fundamentales para prevenir estas lesiones.

Exposición a Sustancias Químicas:

La exposición a sustancias químicas en el entorno hospitalario es un riesgo menos visible pero igualmente importante. Los resultados de la revisión bibliográfica revelan que los trabajadores de la salud pueden estar expuestos a sustancias tóxicas, como agentes quimioterapéuticos y productos de limpieza hospitalaria. La

implementación de medidas de seguridad, como la ventilación adecuada y el uso de EPP, es fundamental para proteger la salud de los trabajadores.

Políticas de Salud Ocupacional:

La revisión de políticas de salud ocupacional a nivel nacional e internacional destaca la diversidad de enfoques regulatorios en todo el mundo. Si bien algunos países han implementado regulaciones rigurosas para proteger a los trabajadores de la salud, otros están rezagados en este aspecto. Los resultados muestran la importancia de políticas sólidas de salud ocupacional que aborden específicamente los riesgos únicos de esta profesión.

Colaboración Interdisciplinaria:

La colaboración interdisciplinaria se ha revelado como una estrategia eficaz en la prevención y el tratamiento de enfermedades profesionales en el sector de la salud. Los resultados de esta investigación subrayan la necesidad de un enfoque integral que involucre a profesionales de la medicina, la psicología, la salud ocupacional y otros campos relacionados. Esta colaboración fomenta la identificación temprana de riesgos y la implementación de estrategias efectivas.

Estudios de Caso y Experiencias Personales:

Los estudios de caso y las experiencias personales compartidas en las entrevistas con profesionales de la salud ofrecen una visión única de los desafíos y éxitos en la prevención y el manejo de enfermedades profesionales. Estos testimonios destacan la importancia de la educación, la concienciación y el apoyo para los trabajadores de la salud.

En resumen, los resultados de esta investigación subrayan la diversidad y la complejidad de las enfermedades profesionales que afectan a los trabajadores en el sector de la salud. La exposición a patógenos, el estrés laboral, las lesiones relacionadas con el trabajo y la exposición a sustancias químicas son riesgos significativos que deben abordarse con medidas preventivas adecuadas. La colaboración interdisciplinaria y la promoción de políticas de salud ocupacional sólidas son cruciales para garantizar la seguridad y el bienestar de los profesionales de la salud en su incansable búsqueda de cuidar a los demás. La concienciación y la acción continua son esenciales para proteger a quienes dedican sus vidas a preservar la de los demás.

Los resultados presentados en este capítulo ofrecen una visión comprehensiva de las enfermedades profesionales que enfrentan los trabajadores de la salud. Estos

hallazgos subrayan la urgente necesidad de abordar los riesgos y desafíos que enfrentan los profesionales médicos en su labor diaria. Sin embargo, no debemos olvidar que, en medio de estos desafíos, también se han identificado soluciones efectivas y estrategias de prevención que pueden mejorar la seguridad y el bienestar de los trabajadores de la salud.

En el futuro, es fundamental que se promueva una mayor concienciación sobre las enfermedades profesionales en el sector de la salud, tanto entre los propios profesionales como en la sociedad en general. La educación y la formación continua deben ser pilares fundamentales para equipar a los trabajadores de la salud con las herramientas necesarias para proteger su salud y prevenir enfermedades profesionales.

Además, la investigación interdisciplinaria y la colaboración entre instituciones de salud, gobiernos y organizaciones internacionales son esenciales para promover políticas de salud ocupacional sólidas y para abordar los desafíos en este campo de manera efectiva. La creación de entornos de trabajo seguros y saludables debe ser una prioridad, no solo por el bienestar de los profesionales de la salud, sino también para garantizar una atención de calidad para los pacientes.

Este capítulo arroja luz sobre la importancia de comprender y abordar las enfermedades profesionales en el sector de la salud, no solo como un asunto de responsabilidad profesional, sino como un imperativo ético. Los profesionales de la salud son la columna vertebral de la atención médica, y es esencial proteger su salud para que puedan continuar brindando atención de alta calidad a la comunidad.

En última instancia, este capítulo es un llamado a la acción. Invita a los responsables de políticas de salud, líderes de instituciones médicas, educadores y a la sociedad en su conjunto a tomar medidas concretas para proteger a aquellos que dedican sus vidas a cuidar de los demás. Al comprender los riesgos y desafíos de las enfermedades profesionales en el sector de la salud, podemos forjar un futuro en el que los trabajadores de la salud trabajen con seguridad y confianza en su noble misión de preservar vidas.

La investigación y la concienciación deben continuar, y las políticas y prácticas deben evolucionar para reflejar una mayor prioridad en la protección de la salud de los profesionales médicos. A través de esfuerzos colaborativos y la implementación de medidas preventivas, podemos construir un futuro en el que los héroes de la salud no solo salven vidas, sino que también vivan vidas saludables.

y gratificantes. Es un compromiso que merece ser cumplido.

5 Discusión-Conclusión

La discusión de los resultados presentados en este capítulo arroja luz sobre la importancia crítica de abordar las enfermedades profesionales que afectan a los trabajadores del sector de la salud. Estos profesionales desempeñan un papel esencial en la sociedad, brindando atención médica, apoyo emocional y compasión a quienes más lo necesitan. Sin embargo, a menudo ponen en riesgo su propia salud en el cumplimiento de esta noble misión. La discusión de estos resultados nos lleva a considerar tanto los desafíos como las oportunidades en la prevención y el manejo de las enfermedades profesionales en este campo.

- Reconociendo la Vulnerabilidad:

Los resultados de esta investigación subrayan la vulnerabilidad de los trabajadores de la salud en su entorno laboral. La exposición a patógenos, el estrés laboral, las lesiones relacionadas con el trabajo y la exposición a sustancias químicas son amenazas que persisten en la práctica médica. La discusión de estos riesgos es un recordatorio de la valentía y dedicación de quienes enfrentan estos peligros día tras día.

- La Importancia de la Prevención:

La prevención es una de las claves para mitigar el impacto de las enfermedades profesionales en el sector de la salud. Las medidas de prevención, como el uso de EPP, la higiene rigurosa y la gestión del estrés, han demostrado ser eficaces en la reducción de los riesgos. La discusión destaca que, a través de la educación y la capacitación continuas, los profesionales de la salud pueden empoderarse para proteger su propia salud y la de sus pacientes.

- La Carga del Estrés Laboral:

El estrés laboral es un tema de especial relevancia que requiere una discusión más detallada. Los resultados resaltan cómo el estrés crónico puede llevar al agotamiento y al síndrome de burnout, afectando la salud mental de los trabajadores de la salud. La discusión destaca la importancia de políticas y prácticas que aborden el bienestar emocional de estos profesionales, lo que incluye el acceso a apoyo psicológico y la promoción de un equilibrio entre el trabajo y la vida personal.

- Lesiones Relacionadas con el Trabajo:

La discusión también enfatiza las lesiones relacionadas con el trabajo, especialmente aquellas de naturaleza musculoesquelética. La prevención de lesiones en este sector depende en gran medida de la ergonomía adecuada y la capacitación en técnicas de manejo seguro de pacientes. Los resultados indican que, al promover una cultura de seguridad en el lugar de trabajo y la implementación de estas medidas, se pueden reducir significativamente las lesiones.

- Exposición a Sustancias Químicas:

La exposición a sustancias químicas en el entorno hospitalario es un riesgo que requiere una discusión continua. Los resultados subrayan la necesidad de prácticas de seguridad sólidas y medidas de prevención efectivas. La discusión destaca la importancia de la educación sobre los riesgos químicos y la promoción de la seguridad en la manipulación de sustancias tóxicas.

- Políticas de Salud Ocupacional y Colaboración Interdisciplinaria:

La discusión pone de manifiesto que las políticas de salud ocupacional son cruciales para abordar los riesgos únicos del sector de la salud. Se necesita un enfoque coordinado a nivel nacional e internacional para garantizar la seguridad de los trabajadores de la salud. La colaboración interdisciplinaria entre expertos en medicina, psicología, salud ocupacional y otras disciplinas es esencial para identificar y abordar los riesgos de manera efectiva.

- Hacia un Futuro de Seguridad y Bienestar:

La conclusión que se deriva de esta discusión es clara: es fundamental que se tomen medidas para proteger a quienes dedican sus vidas a cuidar de los demás en el sector de la salud. El compromiso de la sociedad, los gobiernos, las instituciones médicas y los propios profesionales de la salud es necesario para forjar un futuro en el que los trabajadores de la salud trabajen con seguridad y confianza.

La investigación y la concienciación deben continuar, y las políticas y prácticas deben evolucionar para reflejar una mayor prioridad en la protección de la salud de los profesionales médicos. La creación de entornos de trabajo seguros y saludables debe ser una prioridad, no solo por el bienestar de los profesionales de la salud, sino también para garantizar una atención de calidad para los pacientes.

La discusión y la conclusión son un llamado a la acción. Invitan a todos los actores

involucrados a tomar medidas concretas para proteger a quienes dedican sus vidas a preservar vidas. A través de esfuerzos colaborativos y la implementación de medidas preventivas, podemos construir un futuro en el que los héroes de la salud no solo salven vidas, sino que también vivan vidas saludables y gratificantes. Es un compromiso que merece ser cumplido.

6 Bibliografía

- Pérez-López, F. R., et al. (2015). Riesgos laborales, enfermedades profesionales y salud laboral del personal sanitario. *Semergen*, 41(2), 97-108.
- Méndez-Vilas, A., & Solano-Díaz, L. (2018). Estrés laboral en profesionales de la salud: un análisis de la literatura científica. *Revista Española de Medicina del Trabajo*, 35(1), 31-42.
- Rodríguez-Pérez, M., et al. (2017). Lesiones relacionadas con el trabajo en el personal de enfermería: revisión de la literatura. *Enfermería Clínica*, 27(6), 376-384.
- García, F. J., et al. (2019). Exposición a sustancias químicas en el entorno hospitalario: riesgos y medidas de prevención. *Medicina del Trabajo*, 32(2), 117-125.
- Gutiérrez, M., et al. (2016). Políticas de salud ocupacional para el sector de la salud en España: un enfoque comparativo. *Salud Pública de México*, 58(4), 453-462.

Capítulo 430

VENTAJAS DE LA RADIOLOGÍA DIGITAL FRENTE A LA ANALÓGICA

TAMARA RUIZ MADEJON

CLAUDIA BUJÁN GRANADOS

MARIA PANIZO CORCHERO

ALBA BRISA RAMÍREZ

ALICIA BALLESTEROS AMORES

1 Introducción

La radiología es una especialidad médica que utiliza imágenes de rayos X para diagnosticar y tratar enfermedades. Hay dos tipos principales de radiología: analógica y digital.

La radiología analógica utiliza películas de rayos X y revelado químico para producir imágenes, mientras que la radiología digital utiliza detectores electrónicos para capturar las imágenes. Aunque tanto la radiología analógica como la digital son efectivas, hay diferencias significativas en términos de calidad de imagen, almacenamiento y manipulación de datos, velocidad de procesamiento y exposición a la radiación.

En función a lo mencionado anteriormente, podemos decir que la imagen generada por el sistema digital, es superior en relación a la nitidez, al contraste, a los detalles y a la diferenciación de densidades, y exige una exposición menos rigurosa a la radiación que la radiografía analógica o convencional.

Ambos métodos se emplean en el campo de la imagen médica para obtener imágenes del cuerpo humano con el mismo propósito, diagnosticar enfermedades y lesiones.

1.1 RADIOLOGÍA TRADICIONAL:

Este tipo de radiografías los rayos X son un tipo de radiación electromagnética, al igual que la luz visible, salvo que estos emiten mayor energía y pueden atravesar objetos como el cuerpo humano.

Para que dichos rayos tomen una imagen, necesitamos que el cuerpo radiografiado se sitúe entre la fuente de rayos X y el detector de rayos X. Estos lo atravesarán y serán absorbidos con facilidad por diferentes órganos, huesos y estructuras. Los de mayor número atómico absorberán los rayos con más facilidad. Esto hará que la imagen de la radiografía (película) parezca más blanca que el fondo negro.

1.2 RADIOLOGÍA DIGITAL:

La incorporación de las nuevas tecnologías informáticas, han convertido la radiografía digital en un método mucho más eficiente, rentable e incluso más seguro de cara a producir imágenes diagnósticas. Los rayos X digitales producen un 80% menos de radiación en comparación con los tradicionales. Esto implica que es muy poco probable que se desarrollen problemas por la exposición ocasional en tradicional y aún menos todavía con el uso de rayos X digitales.

Por otro lado, la rentabilidad de utilizar la radiografía digital reduce abismalmente costes, no contamina y ayuda a resolver el problema de la eliminación de desechos.

Una gran ventaja es el almacenaje y poder compartir y recuperar imágenes digitales rápidamente. Para los médicos es fundamental a día de hoy tener acceso a un sistema de archivo en buen estado para recuperar los registros médicos fácilmente. Dado que tienen muchos pacientes y la demanda cada vez es mayor. Para ello los medios digitales son más fáciles de usar, almacenar y compartir.

Otra de las grandes ventajas, para poder dar un diagnóstico preciso, es la calidad de la imagen. No solo se obtienen resultados en óptimos en el menor tiempo posible, sino que también se puede cambiar el tamaño, ventana o filtro de la imagen fácilmente para ampliar problemas difíciles de ver sin distorsionar o degradar la calidad de la imagen.

2 Objetivos

El objetivo principal es explicar ambos métodos y destacar las ventajas de la radiología digital frente a la convencional como son calidad, eficiencia y almace-

namiento en sistemas PACS de las imágenes.

3 Metodología

Este capítulo ha sido realizado mediante el uso distintos buscadores como “Google Scholar” el cual nos permite hacer búsquedas de literatura científica y académica. Además, se realizó una lectura de varios artículos que trataban la radiología analógica y la digital y se trató de visualizar una comparativa entre ellos basada en estudios y artículos publicados.

4 Resultados

La imagen digital ha resultado ser muy útil en diversos procedimientos.

Si hablamos de la radiología digital en la odontología, existe una evolución y desarrollo muy importante. Con el avance de las tecnologías ha dotado de interesantes prestaciones a estos sistemas con los que se facilita el diagnóstico y consigue un manejo más rápido de las radiografías. En esta rama, ha crecido mucho en los últimos años en los que se han comercializado muchos más sistemas y han aparecido nuevas pruebas de imagen como la tomografía computarizada dental donde se puede obtener más información que en una radiografía.

En los departamentos de radiodiagnóstico se ha comprobado la fiabilidad de la imagen digital en radiografías patológicas. En un estudio donde se compararon placas de tórax analógicas y digitales de distintos pacientes con ciertas patologías se pudo observar que en las técnicas digitales hay una mejor visualización de la pared torácica, del mediastino y del área retrocardíaca.

Respecto a los pacientes politraumatizados dentro de las salas de radiología digital, pueden ser tratados con una movilización mínima o a veces inexistente. La mayoría son trasladados en camilla y no es necesario pasar al paciente a la mesa radiológica ya que todas las radiografías se pueden hacer en la propia camilla y en el bucky mural, ya que las salas son más espaciales con este tipo de equipos. También es importante la rapidez de un procesador digital ya que nos deja ver las radiografías al instante y permite una actuación eficaz por parte del médico, ya que puede sacar un diagnóstico en el momento. Gracias a la radiología digital los pacientes pueden tener una recuperación temprana.

Todos los técnicos de radiodiagnóstico deben tener todos los conocimientos de este tipo de radiología para usar todas sus ventajas y sacar todos los beneficios tanto para ellos como para el paciente.

Además, también tienen que conocer los diferentes tipos de protectores plomados que existen y variar la dosis en función del paciente ya que, aunque se ha demostrado que la radiología digital es más segura que la convencional, la radiación sigue siendo perjudicial.

5 Discusión-Conclusión

Se ha llegado a la conclusión de que, aunque la radiología analógica y la radiología digital son los dos métodos utilizados actualmente en el campo de la imagen médica, se ha demostrado que la radiología digital ofrece ventajas significativas frente a la analógica en términos de calidad de imagen, manejo de datos y capacidad de almacenamiento y compartición. Sin embargo, no todo son ventajas, también presenta desafíos relacionados con el costo y la seguridad de los datos. Ambos métodos siguen siendo utilizados en diferentes contextos clínicos, y la elección entre ellos depende de las necesidades específicas del paciente y del centro médico.

6 Bibliografía

1. Ponzielli S. RADIOLOGÍA DIGITAL DIRECTA E INDIRECTA: DIFERENCIAS, VENTAJAS Y DESVENTAJAS .Technodomus.Medical. 2021 [citado el 10 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://admasmedical.es/radiologia-digital-directa-e-indirecta/>
2. Avances en Odontoestomatología versión online vol 22 n°2 mar/abr 2006 https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852006000200005&script=sci_arttext&tlng=pt
3. M Dolores Montero Rey, Fiabilidad diagnóstica de la técnica digital en la radiología torácica, universidad de Alcalá 1996, <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=226010>
4. Repositorio digital Unnoba “Ventajas de la radiología digital en pacientes poli traumatizados”, 21-04-2020, tesis Susi Veronica Celeste <https://repositorio.unnoba.edu.ar/xmlui/handle/23601/505>

Capítulo 431

LA IMPORTANCIA DE LA MEDICINA PREVENTIVA EN EL SECTOR DE LA SALUD

MARÍA PAZ DÍAZ RODRÍGUEZ

MARÍA ANTONIA ALVAREZ COTES

JOSE RAMÓN LÓPEZ GARCÍA

MIRIAN EUSEBIO SANCHEZ

1 Introducción

La medicina preventiva, a lo largo de la historia de la atención médica, surge como un pilar fundamental en la búsqueda de la salud y el bienestar de las sociedades. En un mundo donde las enfermedades crónicas, las pandemias y los desafíos de salud global son cada vez más evidentes, la medicina preventiva aparece para garantizar que las personas disfruten de una vida más larga, saludable y plena.

En su esencia, la medicina preventiva se centra en la prevención de enfermedades y la promoción de la salud antes de que se manifiesten problemas médicos graves. A lo largo de los años, esta disciplina ha evolucionado de ser principalmente reactiva, tratando enfermedades después de su aparición, a ser proactiva, anticipándose a los problemas de salud y abordándolos antes de que se vuelvan críticos. Este enfoque proactivo ha demostrado efectivo en la reducción de enfermedades

crónicas como la diabetes, la hipertensión y las enfermedades cardíacas. Este cambio de enfoque ha transformado la atención médica, llegando a ser en la actualidad más efectiva y económicamente sostenible.

Sin embargo, la medicina preventiva no está exenta de desafíos. La falta de acceso equitativo a la atención preventiva es un problema importante en muchas partes del mundo. Las desigualdades en la atención preventiva pueden dar lugar a diferencias significativas en la salud de las poblaciones, lo que subraya la necesidad de un enfoque más equitativo en la prestación de servicios preventivos.

En este capítulo, analizaremos la importancia de la medicina preventiva en el sector de la salud.

2 Objetivos

- Exponer el significado de la medicina preventiva.
- Conocer cuáles son los beneficios de la medicina preventiva.
- Saber qué estrategias se utilizan para llevar a cabo la medicina preventiva.
- Identificar maneras de aplicar la medicina preventiva en nuestra vida diaria.

3 Metodología

Búsqueda realizada en bases de datos como: Pubmed, Google académico, Scielo, Cuiden.

Utilizando como criterios de búsqueda:

Palabras clave:

Medicina preventiva, Salud, Enfermedades.

Criterios de inclusión:

Documentos escritos en español.

Documentos publicados en los últimos 15 años.

Criterios de exclusión:

Documentos escritos en idiomas distintos al español.

4 Resultados

La medicina preventiva es un pilar fundamental en el sector de la salud, destinada a evitar enfermedades y promover el bienestar a través de intervenciones

anticipadas y estrategias de salud pública. Objetivos de la medicina preventiva:

- **Promocionar la Salud:** La medicina preventiva se centra en educar a las comunidades y los individuos sobre hábitos de vida saludables, como la dieta equilibrada, el ejercicio regular y la abstención de tabaco y alcohol. El objetivo es prevenir enfermedades antes de que ocurran.
- **Detectar de forma temprana enfermedades:** Facilitar la detección temprana de enfermedades esenciales para evitar su progresión. Esto se logra mediante exámenes de salud regulares, como mamografías, colonoscopias y pruebas de detección de enfermedades crónicas como la diabetes.
- **Inmunizar:** La medicina preventiva fomenta la inmunización de la población para prevenir enfermedades infecciosas. La vacunación masiva es una estrategia crucial para controlar epidemias y proteger la salud pública.
- **Controlar los Factores de Riesgo:** Identificar y controlar los factores de riesgo, como la presión arterial alta, el colesterol elevado y la obesidad, ayuda a prevenir enfermedades cardiovasculares y otras patologías crónicas.
- **Educar y Concienciar:** Se esfuerza por facilitar a las personas información relevante para que puedan tomar decisiones saludables y responsables sobre su estilo de vida y cuidado personal.
- **Promocionar la Salud Mental:** La medicina preventiva también aborda la salud mental. Se centra en identificar de manera temprana trastornos mentales y su tratamiento, así como en la promoción del bienestar emocional.
- **Reducir los Costes en Salud:** La medicina preventiva beneficia la salud de los individuos y también reduce los costes de atención médica, al prevenir enfermedades costosas y complicaciones médicas.

La medicina preventiva se enfoca en anticipar y prevenir enfermedades antes de que se manifiesten. Esto implica tomar medidas proactivas para mantener un cuerpo y una mente saludables. Algunos de los beneficios clave de la medicina preventiva son:

- **Ahorro de costos:** Prevenir una enfermedad es generalmente más económico que tratarla una vez que se ha desarrollado. Los costos médicos asociados con el tratamiento de enfermedades crónicas pueden ser muy molestos.
- **Mejora la calidad de vida:** Al prevenir enfermedades, se puede disfrutar de una mejor calidad de vida. Se reducen las limitaciones físicas y emocionales que conllevan muchas enfermedades.
- **Longevidad:** La medicina preventiva puede aumentar la esperanza de vida y permitirnos disfrutar de una vida activa durante más tiempo.
- **Reducción de la carga del sistema de salud:** Cuando la población esté más sana

debido a prácticas preventivas, se reduce la carga sobre el sistema de salud y se liberan recursos para atender a quienes realmente lo necesitan.

Existen múltiples estrategias y enfoques para llevar a cabo la medicina preventiva. Algunas de las más efectivas incluyen:

- **Vacunación:** Las vacunas son una herramienta muy fuerte para prevenir enfermedades infecciosas. Mantener las vacunas al día es esencial para la salud pública.
- **Dieta saludable:** Una alimentación equilibrada y rica en frutas, verduras, proteínas magras, puede prevenir enfermedades relacionadas con la dieta, como la diabetes tipo 2 y las enfermedades cardíacas.
- **Ejercicio regular:** La actividad física regular no solo ayuda a mantener un peso saludable, sino que también reduce el riesgo de enfermedades crónicas y mejora el bienestar mental.
- **Exámenes de detección:** Realizar exámenes médicos de detección periódicamente puede identificar problemas de salud en etapas tempranas, cuando son más tratables.
- **Hábitos saludables de sueño:** El sueño adecuado es esencial para la salud mental y física. La falta de sueño puede aumentar el riesgo de enfermedades.

La medicina preventiva no es sólo responsabilidad de los profesionales de la salud; cada individuo también puede contribuir a su propia salud y bienestar. Algunas formas de incorporar la medicina preventiva en tu vida diaria:

- **Educación:** Informarse sobre los riesgos y beneficios de las elecciones de estilo de vida. Comprender cómo la dieta, el ejercicio y otros factores afectan a la salud.
- **Hábitos de higiene:** Lavarse las manos regularmente, seguir las pautas de higiene dental y practicar el sexo seguro para prevenir infecciones.
- **Mantener un peso saludable:** Controlar el peso y buscar el asesoramiento de un profesional de la salud si es necesario.
- **Reducción del estrés:** Practicar técnicas de manejo del estrés como la meditación, el yoga o la respiración profunda para mejorar la salud mental y emocional.
- **Consumir alcohol con moderación y evitar el tabaco:** El consumo excesivo de alcohol y el tabaquismo están relacionados con numerosas enfermedades, así que limitar o evitar estos hábitos.

5 Discusión-Conclusión

La medicina preventiva es una parte esencial de la atención médica moderna. Al adoptar un enfoque proactivo hacia la salud, podemos prevenir enfermedades, mejorar la calidad de vida y reducir la carga sobre los sistemas de atención médica. Cada uno de nosotros tiene un papel que desempeñar en la promoción de la medicina preventiva en nuestra propia vida y en la sociedad en general.

Reducir la carga de enfermedades crónicas disminuye la presión sobre los sistemas de salud, liberando recursos para otras áreas de atención médica. Además, al mejorar la salud de la población, se aumenta la productividad laboral y se reducen las tasas de absentismo, lo que contribuye al crecimiento económico y al desarrollo sostenible. La inversión en la prevención es una inversión en un futuro más saludable.

6 Bibliografía

Martín-Moreno JM. Hacia un modelo de cooperación y armonización en el campo de la salud pública en España. *Rev Esp Salud Pública*. 2002;76:637-43.

Maqueda J. Formación en medicina del trabajo: competencia y sostenibilidad. *Med Segur Trab (Internet)* 2016; Suplemento extraordinario: 126-134

Capítulo 432

ORTOPANTOMOGRAFÍA: ODONTOLOGÍA DIGITAL

ANA LUISA MORA VICARIO

JULIA CASANUEVA ORIA

BÁRBARA PERIANES MENDOZA

MIRIAM FONT ALONSO

MARTA COGOLLUDO GONZÁLEZ

1 Introducción

La ortopantomografía se basa en la técnica radiológica que representa en una única película una imagen general de los maxilares, la mandíbula y los dientes. Es fundamental en el área dentomaxilomandibular.

Tiene la capacidad de obtener una imagen tomografía mediante la realización de una translación rotatoria del tubo emisor de rayos X, enfrentando con el chasis, manteniendo una constante distancia respecto a la zona a radiografiar.

La ortopantomografía, también conocida como radiografía panorámica, es un método a través del cual podemos obtener imágenes panorámicas.

Se utiliza este estudio para obtener una radiografía de las arcadas dentarias de dentro a fuera, a través de unos rayos X que se colocan en la zona interna de la boca.

El tubo emite un haz de radiación en forma de semicírculo y la película se coloca en el exterior de la boca ajustada al perímetro que queremos estudiar.

Es la prueba utilizada con más frecuencia para diagnosticar los procesos patológicos de la boca

Nos facilitará la planificación de cualquier tratamiento y con ella se podrán proveer las posibles dificultades asociadas a los tratamientos.

Se ve toda la boca del paciente, los maxilares, las piezas y la articulación temporomandibular, que une la mandíbula con el cráneo y qué gran capacidad de pacientes tienen problemas con ella.

2 Objetivos

El objetivo hacia una odontología digital es el resultado de la mejora de la calidad de los tratamientos dentales. Es importante la evaluación de la calidad, y para ello analizamos los factores que determinan la calidad de los servicios dentales, tiene que cumplir tres condiciones: eficaz, eficiente, en tiempo seguro, equitativo y, sobre todo, centrado en el paciente. Por lo tanto, los tres principales objetivos son los siguientes:

- Adquisición de datos de nuestro paciente virtual. Corresponde a la recogida del máximo de información posible del paciente de una forma digital y a la correlación digital de toda esta información para poder ser usada por diferentes software para numerosas aplicaciones.
- El procesado de datos que lleva ya tiempo siendo utilizada por los laboratorios protésicos.
- Y existe una tercera fase que corresponde a lo que llamamos fabricación digital. Forma parte de la incorporación a la odontología en la fabricación asistida por ordenador. Los ficheros diseñados con el CAD tienen la posibilidad de ser transferidos a máquinas que los componen mediante procesos, bien aditivos o sustraídos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 bien hemos dicho anteriormente, el resultado de este estudio es obtener una imagen tomográfica mediante la realización de una translación rotatoria del tubo emisor de rayos X.

Se pueden obtener distintas proyecciones cambiando la posición del foco.

Las proyecciones radiográficas panorámicas se dividen en:

Proyección estándar

Proyección estándar 1:

Para elaborar la radiografía de la mandíbula y del maxilar. El maxilar correspondiente estará en posición horizontal. El aplicador girará de manera que la zona radio permeable del tubo este dirigido hacia el hueso correspondiente en una posición central. En el maxilar, el aplicador se inclinará con un ángulo de más de 15° en relación con la horizontal. En la mandíbula, con la misma distancia, cambia la angulación a menos de 5°. El tamaño de la placa es de 10x24 cm, debe estar paralela a la arcada y se aplica externamente sobre la cara del paciente.

Proyección estándar 2:

Para evitar la superposición de los premolares existente en la proyección estándar 1, se introduce el tubo a menor profundidad, a una distancia de 4 cm del aplicador, de esta manera, los premolares no se superponen, siendo buena la reproducción de los incisivos. Por el contrario, se pierde la región molar.

Proyección cinemática o dinámica:

El elemento fundamental en este método es el uso de diafragmas lineales estrechos y largos en forma de ranura. Son dos: entre el tubo y la cabeza del paciente y entre la cabeza del paciente y la película.

Ambos situados enfrente el uno del otro para dejar pasar un haz de radiación lineal muy fino. Al girar el tubo, el haz de rayos gira con un determinado centro de rotación o varios, actuando sobre el objeto situado más allá del centro rotacional.

La digitalización en este tipo de pruebas, puede ayudarnos significativamente en todos y cada uno de esos aspectos.

- Como entrada, señalar que muchos tratamientos se vuelven más eficaces por el hecho de que tenemos registros y herramientas de mayor exactitud.
- Más eficientes, pues se consiguen esos mejores resultados, con menos tiempo de sillón, menos visitas y menos coste.
- Más seguros, pues podemos planificar mejor, simular si es preciso los tratamientos en modelos virtuales o incluso réplicas impresas, y utilizar guías para el

tratamiento, sean de cirugía o de preparación protésica, que reducen el error humano

- Más oportunos, pues evitan tiempo no solo a los pacientes, sino también al operador, tanto por tiempo de procesamiento, como tiempos de envío

Más centrado en el paciente, pues una de las características de la digitalización es posibilitar la creación de modelos virtuales que facilitan enormemente la comunicación con el paciente, y con ella la toma de decisiones por parte del paciente con mejor comprensión.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva, gracias a este método de diagnóstico nombrado, la ortopantomografía es una herramienta invaluable en el campo de la odontología, permitiendo obtener una visión panorámica de los maxilares y estructuras dentales. Su uso ha demostrado ser fundamental en el diagnóstico y planificación de tratamientos, contribuyendo así a mejorar la calidad de atención en salud bucal.

La odontología ha sufrido múltiples cambios desde su aparición, desde el descubrimiento de la caries dental a la adhesión, pasando por otras fases como la era de diseño de las cavidades. Sin embargo, es distinta la revolución actual, pues nos encontramos con presencia de la inteligencia artificial y los programas tecnológicos como elementos que buscan complementar o sustituir el factor humano. Desde su introducción en la odontología, la tecnología digital ha sido rompedora, expandiéndose y teniendo un impacto destacado sobre la odontología como nunca se vio. La única desventaja de la incorporación de la tecnología digital es que está estableciendo cambios bruscos en la relación y comunicación con el paciente y con otros miembros del equipo de trabajo, en los procedimientos clínicos y en los materiales.

6 Bibliografía

1. ORTODONCIA CONTEMPORÁNEA. Autores William R. Proffit & Henry Fields & Brent Larson & David M. Sarver. Año: 2019 Editorial: Elsevier.
2. Introducción a la odontología digital. Autor/Es José Espona Roig, Lucas Queiroz Caponi, Massimo Gagliani, Miguel Roig. Año: 2021.
3. Dental, D. V. D. (2021, agosto 18). Todo lo que debes saber sobre la ortopantomografía. Odontomecum Blog. <https://www.dvd-dental.com/blogodontomecum/todo-lo-que-debes-saber-sobre-la-ortopantomografia/>.
4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

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

Capítulo 433

DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA POR RESONANCIA MAGNÉTICA

MARTA COGOLLUDO GONZÁLEZ

BÁRBARA PERIANES MENDOZA

JULIA CASANUEVA ORIA

MIRIAM FONT ALONSO

ANA LUISA MORA VICARIO

1 Introducción

La resonancia magnética sirve para el diagnóstico de muchas patologías. La ecografía fue el primer método para apreciar la anatomía de la próstata desde los años 80, donde se detectan lesiones hipoeoicas, pero se observó la necesidad de tener imágenes previas de la anatomía de la próstata. El uso de la resonancia magnética en próstata se inició en 1983 con 0.35 Tesla, posteriormente gracias a los avances, han convertido la resonancia magnética en el estudio de imágenes mejor planificado para ver las anomalías de la próstata por su buena resolución espacial y el contraste en tejidos.

El cáncer de próstata es el 2º cáncer más frecuente en hombres y problema a nivel mundial. Su importancia ante el diagnóstico precoz se debe a la alta probabilidad

de que aparezca en pacientes menores de 50 años y por ser una “enfermedad silenciosa” lo cual, hace que pase desapercibido.

Las distintas técnicas de resonancia magnética ayudan tanto al diagnóstico como al tipo de tratamiento. Se están mostrando avances tanto en las aplicaciones de esta modalidad como en tratamientos. Hoy en día la resonancia magnética permite conocer la estadificación, localización y la funcionalidad del tumor.

La resonancia magnética sirve para tomar la decisión de realizar una biopsia de la próstata sin que suponga un alto coste. Se usan los mismos criterios para indicar una biopsia de próstata en pacientes con elevado PSA pero se suele indicar, previo a la biopsia, una resonancia magnética.

Antiguamente todas las técnicas por imagen eran poco notables para el cáncer de próstata y se usaban otro tipo de estudios como la ecografía o el tomografía computerizada.

Esta exploración se realiza en pacientes con PSA altos.

2 Objetivos

- Dar a conocer el uso de esta técnica
- Explicar que tan importante es el uso de la resonancia magnética previo a una biopsia
- Enseñar todas sus beneficios en comparación con otras técnicas de diagnóstico

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se han usado distintas páginas de búsqueda como google scholar donde se han realizado búsquedas usando palabras como “próstata” y “RM”. En este caso la página science direct es la que nos ha aportado más información sobre este tema.

4 Resultados

El cáncer de próstata es tumor hormono- dependiente heterogéneo. La respuesta a los distintos tratamientos y su supervivencia depende en los pacientes. La mayoría son adenocarcinomas que podemos dividir en grupos de epitelial y no epitelial. Las epiteliales son diferenciadas y menos agresivas biológicamente, en cambio las no epiteliales son mucho más invasoras. Por ello es tan importante tener un diagnóstico precoz.

Los síntomas de los pacientes al inicio suelen ser asintomáticos, una vez que la enfermedad avanza, podemos encontrar entre estos síntomas irritación y obstrucción los cuales afectan a la micción debido a un crecimiento del tumor en uretra o en la vejiga.

Las diferentes técnicas de resonancia magnética tienen una información clínica que va en aumento con el paso de los años. La resonancia magnética funcional se usa como una herramienta pre-biopsia que nos va a dar información de la localización del tumor para posteriormente dirigir mejor la aguja en la lesión. Con ello se evita la ineficacia de las biopsias sin tener esta información previa. Esta resonancia magnética ha demostrado su eficacia en pacientes con biopsias negativas.

El uso de esta técnica para el seguimiento de esta enfermedad es mayor. Se usan secuencias spin eco o Fast spin Eco en T1 y T2. Las secuencias en T1 nos permiten valorar las adenopatías pélvicas, descartar metástasis en pelvis ósea y valorar los cambios, en la glándula prostática, hemorrágicos.

Este tipo de técnica seguida de la biopsia reduce el diagnóstico de esta enfermedad y es mayor en su detección con cambios clínicamente significativos.

Con otras pruebas diagnósticas se presenta inconvenientes, dificultan la estadificación del tumor, lo que es preciso para una determinación de extensión prostática, estudio de vesículas seminales, el volumen del tumor y la lateralidad.

5 Discusión-Conclusión

Hoy en día para el estadiaje del cáncer de próstata la técnica de imagen más usada es la resonancia magnética en pacientes que deban realizarse una cirugía. Esta técnica de imagen tiene como ventaja combinar información metabólica y anabólica de la glándula junto con la información ganglionar y de las zonas óseas realizando solo una exploración. También se usan contrastes intravenosos los cuales nos permiten conocer la extensión tumoral y si es fiable la técnica usada. Hoy por hoy la resonancia magnética y PET están fusionadas proporcionando un avance del cáncer de próstata. Se siguen realizando más estudios de investigación para que se pueda establecer el importante papel de la RM en el futuro

6 Bibliografía

- Ana Isabel Ruiz López, Juan Carlos Pérez Mesa, Yanelis Cruz Batista, Lienny Eliza González Lorenzo. Correo científico médico vol21, n°3, jul-sep 2017, "Ac-

tualización sobre cáncer de próstata”http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1560-43812017000300021&script=sci_arttext

- Actas urológicas españolas, “cáncer de próstata en Latinoamérica” vol. 33, sisee 10, nov-dic 2009, <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S021048060973181X>
- J.C. Vilanova, J.Comet, R. García- Figueiras, J. Barceló, M. Boada, “Utilidad de la resonancia en el cáncer de próstata”,SERAM 2010 <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0033833810002602>
- Dr. Santiago Ibáñez Caturla, Dr. Ignacio Baltasar Gimenez De Haro, Dra. Celia Marín Pérez, Dra. María Jesús Fernández FerrandoDra. Lourdes Torrijos Rodríguez-Rabadán, Dra. Begoña Márquez Argente Del Castillo, Dra. Natalia Garnés, Dr. Eduardo Alias Carrascosa, “Rm prostática multi o biparamétrica: revisión retrospectiva de la utilidad del contraste en la valoración de PIRADS”, SERAM 2022, vol. 1 Núm. 1 <https://www.piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/8477>
- Pablo Navarro Román, “Nuevas aplicaciones de la resonancia magnética: diagnóstico y tratamiento del cáncer de próstata guiado por RM”, 2017, Universidad de Zaragoza <https://zaguan.unizar.es/record/70451/files/TAZ-TFG-2017-1024>.
- DR. Rodrigo A. Ledezma, Revista Médica clínica Las Condes, “Aportes actuales de la RM para el manejo del cáncer de próstata”,Vol 29, Issue 2, Mar–Abril 2018 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864018300385>
- “Cáncer de próstata: nuevas técnicas diagnosticas”, Archivos españoles de urología, vol.59, n°10, dic 2006 https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06142006001000007

Capítulo 434

HEPATOCARCINOMA: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

JENNIFER SALCEDO LOZANO

ROCÍO LÓPEZ JESÚS

MARTA MONTERO DIAZ

ROCÍO MORALES PINAR

CARMEN MARÍN FLORES

1 Introducción

El hepatocarcinoma es un tumor con unos determinados factores de riesgo y que se suele presentar en grupos de población determinados (pacientes con hepatitis B y C, pacientes alcohólicos). Se produce aproximadamente en el 80% de los casos en pacientes con cirrosis.

Supone la quinta causa de muerte por cáncer en el mundo, en España se producen entre 5.000 y 8.000 casos nuevos al año. Debido a que existen diferentes poblaciones de riesgo, es necesario realizar métodos de cribado para un diagnóstico precoz.

Hasta el momento, las dos técnicas de screening empleadas eran la ecografía hepática, para detectar masas, y los niveles de alfafetoproteína en las pruebas de marcador tumoral.

La patogenia de este tumor consiste en una evolución que progresa a partir de lesiones benignas, como pueden ser los nódulos de regeneración, pasando por lesiones borderline, con características displásicas, hasta llegar a producir el hepatocarcinoma.

Sin embargo, se ha demostrado la existencia de focos de hepatocarcinoma en nódulos de regeneración con límites que no son precisos, existiendo nódulos con grados de displasia y atipia muy similares a los del hepatocarcinoma.

Este hecho produce un grado de dificultad respecto al diagnóstico histopatológico y radiológico de la lesión, por ese motivo han surgido diferentes técnicas de imagen como son la Tomografía Axial Computerizada (TAC) y la Resonancia Magnética (RM) para mejorar la caracterización de estas lesiones.

Por otro lado, la radiología intervencionista proporciona otras dos técnicas de imagen complementarias en aquellos casos en los que se planteen dudas diagnósticas en la RM como en el TAC, estas técnicas son llamadas Porto TAC y TAC Lipiodol.

Debido a la lista de espera del trasplante hepático y a que el tiempo de duplicación de este tumor es muy bajo, muchos de los pacientes de esta lista dejarían de ser candidatos para un trasplante. En este caso, la radiología intervencionista juega un papel muy importante, ya que utiliza dos técnicas en las que se consigue ralentizar el crecimiento y en ocasiones eliminar el foco tumoral.

Estas dos técnicas son conocidas como embolización transarterial tumoral y ablación percutánea.

2 Objetivos

- Conocer las diferentes técnicas radiológicas y sus complicaciones para el diagnóstico del hepatocarcinoma.
- Descubrir las técnicas más importantes para el tratamiento de este tumor hepático y sus contraindicaciones.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en

las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

1)TAC LIPIODOL.

El lipiodol es un contraste oleoso (por tanto, no es soluble en agua) que se utiliza en radiología y cuya función es únicamente para uso diagnóstico.

En radiología diagnóstica está indicado su uso, por ejemplo, en histerosalpingografía, uretrografía ascendente, fistulografía, exploración de abscesos, etc.

En radiología intervencionista, el lipiodol se usa principalmente en la quimioembolización del hepatocarcinoma.

La permeabilidad alterada de los nuevos vasos del tumor, así como la ausencia de tejido retículo endotelial en su interior, permite que el lipiodol permanezca durante un tiempo en el hepatocarcinoma, lo que hace posible conocer la evolución de las lesiones.

Según varios estudios, el valor predictivo positivo de esta prueba es del 90% en pacientes con cirrosis.

El TAC Lipiodol está indicado cuando existe una lesión sospechosa de hepatocarcinoma y cuyo resultado en otras técnicas de imagen, así como su resultado anatomopatológico es dudoso. También se utiliza en la estadificación de este tumor.

Para la realización de esta prueba se tienen que tener en cuenta previamente varios aspectos como son la revisión de la historia clínica del paciente, analíticas de la función hepática, hemograma, coagulación, etc. así como pruebas de imagen previas en las que se certifica la permeabilidad portal.

Respecto a las contraindicaciones podemos hablar de coagulopatías incorregibles, alergia al contraste yodado, trombosis portal o que el paciente no sea nada colaborador, entre otras.

Técnica:

Se realiza una angiografía hepática (eje celiaco y mesentérica superior) para poder detectar anomalías en la vascularización del hígado.

Se procede a la cateterización de la arteria hepática derecha e izquierda con Lipiodol, controlando con fluoroscopia todo este proceso para evitar reflujo a zonas

arteriales no deseadas.

Posteriormente, se realiza un TAC hepático en el que se visualiza la difusión del contraste, así como las posibles áreas que no hayan sido perfundidas.

Esta técnica puede presentar varias complicaciones como puede ser hematoma en la zona de punción, infección, infarto hepático, síndrome postembolización (dolor, fiebre, vómitos).

2)PORTO TAC.

El flujo sanguíneo del hígado proviene aproximadamente el 70% de la vena porta y el 30% de la arteria hepática; sin embargo, el hepatocarcinoma presenta una nutrición enteramente arterial.

La técnica del Porto TAC se basa en esto, en que se tiñe el hígado vía porta y se obtiene una tinción del parénquima, dejando áreas silentes en los focos del hepatocarcinoma.

Uno de los inconvenientes de esta técnica es que presenta falsos positivos en pacientes con hipertensión portal o que tengan alguna variación en la vena porta.

Al igual que en la técnica de TAC Lipíol citada anteriormente, seguiremos las mismas indicaciones a la hora de la realización de la prueba.

Técnica:

Esta prueba consiste en la cateterización de la arteria esplénica o mesentérica superior. A través de ese catéter se inyecta contraste y se realiza un TAC.

Son varias las complicaciones que se pueden presentar como puede ser:

- Hematoma en el punto de punción.
- Fallo renal
- Reacción alérgica al contraste
- Embolismo y trombosis arterial.

TRATAMIENTO.

El tratamiento curativo del hepatocarcinoma es el trasplante hepático, ya que con esto también se trata la cirrosis.

Los pacientes indicados para la realización de un trasplante hepático son aquellos que presentan varias características: nódulo único menor a 5 cm de diámetro o varios (3 o menos) pero que no superen los 3 cm de diámetro.

Técnicas utilizadas en radiología intervencionista como son la embolización transarterial tumoral y la ablación percutánea se pueden emplear como tratamiento paliativo del tumor.

1.- Embolización del hepatocarcinoma:

La irrigación exclusivamente arterial del tumor y la irrigación mayoritariamente portal del parénquima hepático hacen posible la embolización de este tumor sin dañar el tejido hepático no tumoral. Con esta técnica se consigue un retardo del crecimiento tumoral y no su extinción, ya que no es posible la oclusión total de todas las ramas que nutren el tumor.

El lipíol es un agente que se utiliza en estos casos junto con agentes quimioterápicos, en este caso hablaríamos de quimio-embolización.

La técnica de embolización consiste en un abordaje femoral en el que se realiza un cateterismo de la arteria hepática y, tras la realización de una angiografía hepática, se procede a la cateterización de las ramas que nutren el tumor.

Una vez localizada la zona, se procede a inyectar el material embolígeno hasta que se produce una detención del flujo arterial de las ramas tratadas.

En este procedimiento es posible registrar varias complicaciones como puede ser, síndrome post embolización, embolización de otro órgano (vesícula, páncreas), colangitis, etc.

2.- Ablación percutánea del hepatocarcinoma:

Respecto a la destrucción del tumor de forma percutánea, existen dos formas:

-La química, que se realiza a través de sustancias que se inyectan directamente en el tumor. Las sustancias químicas utilizadas pueden ser suero caliente, ácido acético y alcohol.

- La física en la que se utilizan ondas de diferente frecuencia que se aplican directamente en el tumor para producir una necrosis del mismo (radiofrecuencia, microondas, láser y criocoagulación). a) Etanolización del hepatocarcinoma:

Se ha demostrado que la etanolización del hepatocarcinoma es una de las técnicas que tiene una gran eficacia. Para la realización de esta técnica tendremos en cuenta la preparación previa del paciente (revisión, historia clínica, analíticas, ayunas de 6 horas...) así como las complicaciones que pudieran surgir durante el procedimiento.

Para ello se localiza la lesión mediante TAC o ecografía y se realiza una punción con aguja fina y bajo anestesia local.

Después de comprobar que no se ha puncionado ninguna otra zona vascular, se instila alcohol absoluto. En este caso se utiliza la ecografía preferiblemente, ya que así se consigue ver en tiempo real el paso del alcohol y evitar el paso a la sangre o fuera del tumor. b) Termoablación por radiofrecuencia de lesiones

hepáticas:

La termoablación por radiofrecuencia es una técnica mínimamente invasiva que ataca una lesión perjudicial en el organismo mediante calor. Las ondas de radiofrecuencia son conducidas a través de una aguja aislada excepto en su extremo distal, esto produce un movimiento de los iones en el tejido contiguo al extremo de esa aguja, que se calienta por fricción de las moléculas y cuyo resultado es una necrosis del tejido con menos riesgo de sangrado.

La termoablación como tratamiento percutáneo alternativo a la cirugía tiene buenos resultados. Puede ser un tratamiento único o también se puede complementar a otras terapias como son la quimioterapia o la radioterapia.

Los dos tipos de tumor hepático más tratados con esta técnica son el hepatocarcinoma y el adenocarcinoma de colon, cuya primera estadificación de metástasis se produce fundamentalmente en el hígado.

Durante la realización de este procedimiento se utilizan técnicas de imagen como pueden ser la Resonancia Magnética o el TAC para guiar un electrodo que se inserta a partir de agujas hasta localizar el tumor. Una vez colocado el electrodo, se emiten ondas de radiofrecuencia, que generan calor a través del electrodo y destruyen las células cancerígenas.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad metastásica hepática, es la causa mayoritaria de muerte en pacientes con cáncer. El tratamiento curativo actual de este tumor es la resección quirúrgica completa, sin embargo, solo el 25% de los pacientes son candidatos a la cirugía en el momento del diagnóstico.

Gracias a la detección precoz del hepatocarcinoma, la supervivencia de los pacientes afectados por este tumor ha aumentado considerablemente.

La radiología intervencionista juega un papel muy importante en el diagnóstico y tratamiento de este tumor, ya que mediante distintas técnicas podemos abordar la lesión.

El objetivo de este procedimiento es darle a las pacientes opciones de tratamiento y en aquellos casos en los que no son candidatos a cirugía, convertirlos en ellos y mejorar su supervivencia.

6 Bibliografía

1. Taboas Paz J, Fernandez Carrera Soler JM. Guia practica Radiologia intervencionista. España: POVISA; 2001.
2. P. Vallejo Desviat, E. Callejón Peláez, Chamizo Alarcón M, Molina López-Nava P. Multiples nódulos hepáticos. sanidad militar [Internet]. Abril-junio 2017;73(2). Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/s1887-85712017000200009>.
3. Gutiérrez MR, Díaz LR, López DM, Varasa TA, De Frutos CG, Ruano JJS, et al. Tratamiento percutáneo del carcinoma hepatocelular en pacientes con edad avanzada en la práctica clínica. Gastroenterologia y hepatologia [Internet]. febrero de 2015;38(2):47-112. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2014.11.002>.
4. Romero Gutiérrez M, Artaza Varasa T, Gómez Rodríguez RA, de Frutos CG, Gómez Moreno AZ. Portal vein thrombosis after percutaneous ethanol injection of hepatocellular carcinoma. Rev esp enferm dig [Internet]. noviembre de 2010;102(11). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-01082010001100015&script=sci_arttext&tlng=es.

Capítulo 435

UROGRAFÍA Y URO-TAC (TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA): TÉCNICAS, APLICACIONES E INDICACIONES PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ

MARIA PANIZO CORCHERO

ALBA BRISA RAMÍREZ

ALICIA BALLESTEROS AMORES

CLAUDIA BUJÁN GRANADOS

TAMARA RUIZ MADEJON

1 Introducción

En este trabajo estudiaremos la urografía intravenosa (UIV) y el URO-TAC. La urografía intravenosa es una técnica diagnóstica por imagen que se utiliza para evaluar el sistema urinario, que incluye los riñones, uréteres y vejiga. Es especialmente útil para identificar obstrucciones, cálculos, tumores y otras anomalías en estas estructuras. El procedimiento implica la administración de un medio de contraste por vía oral o intravenosa, seguido de una serie de radiografías que permiten visualizar el flujo del contraste a través del sistema urinario. La uro-

grafía ha sido una herramienta invaluable en el diagnóstico y seguimiento de condiciones urológicas.

La uro-TAC es una variante de la tomografía axial computarizada (TAC) que se centra específicamente en la evaluación del sistema urinario. Combina la capacidad de visualización detallada del TAC con la administración de un medio de contraste para obtener imágenes de alta resolución del aparato urinario. La uro-TAC es muy útil en la detección y caracterización de cálculos, tumores, infecciones y otras condiciones urológicas complejas. Este tipo de estudio proporciona información bastante aceptable para la planificación de tratamientos y cirugías.

Tanto la urografía como la uro-tac son herramientas importantes en el diagnóstico de los profesionales de la salud, permitiendo una evaluación detallada y precisa del sistema urinario para el diagnóstico y seguimiento de una amplia serie de condiciones médicas.

2 Objetivos

El objetivo principal es realizar una actualización del correcto uso de las pruebas de imagen, con especial enfoque en la urografía y uro-TAC.

Objetivo secundario es determinar las patologías urológicas del adulto, revisando las identidades más frecuentes, en pacientes, estudiados por distintas patologías: hematuria, litiasis renal, infecciones, tumores, controles de cirugía y pielectasia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 década de 1920, surgió un avance significativo en la evaluación del sistema excretor con la introducción del contraste yodado, marcando el inicio de la imagen urológica. La urografía intravenosa (UIV) se erigió como la técnica de elección para el estudio de la patología urológica, realizada por urólogos y radiólogos,

dependiendo de la institución y el caso. Sus aplicaciones eran variadas, abarcando desde hipertensión arterial hasta malformaciones congénitas.

Posteriormente, en la década de 1980, la tomografía computarizada (TC) comenzó a desempeñar un papel crucial en la evaluación y estadificación de masas renales. Aunque inicialmente los procedimientos eran más lentos, la TC ganó terreno rápidamente en el diagnóstico de diversas afecciones, incluyendo el adenocarcinoma renal, el angiomiolipoma, enfermedades inflamatorias renales y traumas.

La década de 1990 presenció un avance notable de técnicas seccionales modernas (ultrasonido, TC y resonancia magnética) en detrimento de la UIV.

Actualmente, tanto la TC como la resonancia magnética (RM) han experimentado avances significativos que permiten estudios con una resolución espacial y en contraste excepcionales, en tiempos mínimos. Se requiere la utilización de equipos de TC multicorte para obtener exploraciones detalladas y precisas.

En la mayoría de los hospitales, esta tecnología está ampliamente disponible, lo que ha llevado a una disminución sustancial en el uso de UIV. La TC multicorte es considerada el método preferido para el estudio y estadificación de adenocarcinomas renales y en la evaluación de traumas renales. A pesar de esto, persisten algunas reservas entre algunos clínicos respecto al uso de nuevas tecnologías de imagen en patologías como la enfermedad calculosa, la hematuria o los tumores uroteliales. La elección de la exploración en el tracto urinario aún no está completamente definida.

En el presente, las afecciones del aparato urinario son frecuentes, particularmente en mujeres sin antecedentes médicos previos o anomalías estructurales o funcionales en el tracto urinario. La mayoría de los casos se catalogan como infecciones urinarias no complicadas.

Se estima que entre el 50% y el 60% de las mujeres adultas experimentarán al menos un episodio de infección urinaria a lo largo de su vida, siendo más común entre los 18 y 39 años. En los varones adultos, la incidencia es considerablemente menor, especialmente en aquellos menores de 65 años.

El sistema urinario desempeña un papel esencial en la homeostasis del cuerpo humano, encargándose de la eliminación de desechos y la regulación de electrolitos y volumen sanguíneo.

En el ámbito diagnóstico, tanto la urografía como la uro-TAC son herramientas invaluable para la evaluación detallada de los riñones, uréteres y vejiga, así como

para la detección de patologías urológicas. A continuación, se describirán ambas técnicas, sus aplicaciones, patologías e indicaciones.

La preparación del paciente para la uro-TAC sigue un proceso similar al de la urografía intravenosa. Para este examen, se requiere la inserción de una vía intravenosa para la administración del medio de contraste. El paciente será colocado en posición supina sobre la mesa de exploración, y el procedimiento suele ser ágil.

El estudio se divide en cuatro fases:

- Fase simple: esta etapa no involucra la administración de contraste intravenoso. Se centra en la evaluación de tres áreas clave: los polos superiores de ambos riñones, los hilos renales, los polos inferiores, el trayecto uretral y su desembocadura en la unión vesico-uretral. Esta fase permite una representación detallada de imágenes con alta densidad de litiasis.
- Fase arterial: durante esta etapa, se realiza una exploración que coincide con la llegada de las microburbujas a través de la arteria hepática, unos pocos segundos después de la administración del contraste intravenoso, y se extiende hasta los 25-35 segundos. En esta fase, se observa la perfusión cortical nefrográfica, lo que facilita la identificación de lesiones hipervascularizadas y la visualización del árbol vascular arterial renal.
- Fase venosa: se realiza una exploración aproximadamente a los 70 segundos después de la inyección del contraste. En esta fase, se aprecia la fase parenquimatosa nefrográfica. Se pueden identificar lesiones ocupantes y se exhibe el árbol vascular venoso renal. También se evalúa el retroperitoneo durante esta etapa.
- Fase excretora: esta etapa implica una exploración realizada entre 7 y 10 minutos después de la inyección del contraste. Aquí es posible identificar defectos de llenado y mostrar el trayecto uretral. También se evalúa el contenido intravesical.

Además, en el protocolo de uro-TAC, se generan videos con reconstrucciones multiplanares (RMP) en vistas sagitales y coronales, en modo de reproducción continua, en cada una de las fases obtenidas. Esto permite una evaluación dinámica de todo el trayecto renoureterovesical. También se aplica el formato de video en vistas de máxima proyección de intensidades (MIP) y en representaciones tridimensionales (3D).

Después de someterse tanto a la urografía como a la uro-TAC, el paciente puede reanudar sus actividades habituales. Los beneficios de estos procedimientos son notables para detectar anormalidades en diversas áreas del tracto urinario. Si bien existe una mínima posibilidad de exposición excesiva a la radiación y, por ende, un leve riesgo de cáncer, los beneficios del diagnóstico superan con creces estos riesgos. Es importante que las mujeres informen sobre la posibilidad de embarazo. Las reacciones alérgicas graves a los agentes de contraste yodados son extremadamente infrecuentes.

Dado que los niños son más susceptibles a la radiación, solo se les someterá a un escáner TAC si es absolutamente necesario, y siempre se utilizará una técnica de baja dosis, a menos que no haya una alternativa viable para el diagnóstico. Las indicaciones para estos procedimientos incluyen la evaluación de cálculos renales y ureterales, obstrucciones del tracto urinario, masas tumorales renales y la valoración pre y postoperatoria de cirugías urológicas. Las imágenes obtenidas serán analizadas por el radiólogo, quien luego las remitirá al urólogo o al médico responsable para determinar el tratamiento adecuado para la patología en cuestión.

5 Discusión-Conclusión

Como técnico superior en imagen para el diagnóstico, es decisivo dominar la técnica tanto la urografía como el uro- TAC para proporcionar diagnósticos precisos y seguros.

Por ello, ambas técnicas, son herramientas valiosas en los estudios y seguimientos de trastornos urológicos. La elección entre ambas dependerá de la naturaleza de la afección, de los hallazgos clínicos y preferencia del radiólogo. Las dos técnicas son complementarias entre ellas.

Los dos protocolos nos permiten alcanzar una elevada capacidad de patologías no solo del sistema urinario, sino de otras entidades intraabdominales, permitiendo formar una conjunta con el clínico.

Asimismo, cabe destacar una evaluación cuidadosa de la historia médica, una adecuada preparación del paciente y un cuidado más preciso y efectivo son importantes para el éxito de estos procedimientos.

6 Bibliografía

1. Urografía intravenosa [Internet]. Portal de Salud de la Junta de Castilla y León. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/cuida-salud-16ad6f/pruebas-diagnosticas/pruebas-diagnostico-imagen/pruebas/radiografias-contraste/urografia-intravenosa>.
2. Radiólogo M. Urotomografía computarizada [Internet]. Slideshare.net. Disponible en: <https://es.slideshare.net/betomotta/urotomografia-computarizada>.
3. Lozano JA. Infecciones del tracto urinario. Offarm [Internet]. 2003; 22(11):96–100. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-infecciones-del-tracto-urinario-13055924>.
4. Urografía intravenosa y URO-TAC [Internet]. Clinicaderadiologiaencastellon.com. Disponible en: <https://www.clinicaderadiologiaencastellon.com/urografia-intravenosa-uro-tac-castellon/>.
5. Urografía intravenosa [Internet]. <https://www.cun.es>. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/pruebas-diagnosticas/urografia-intravenosa>.
6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
7. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
8. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 436

EFFECTOS SECUNDARIOS DE LA RADIOTERAPIA, TODO LO QUE UN TÉCNICO SUPERIOR EN RADIOTERAPIA Y DOSIMETRÍA DEBE SABER.

MARÍA DEL AMOR LÓPEZ ROSALES

SARAY HERVÁS COTA

PABLO GÓMEZ HERRERO

1 Introducción

La radioterapia ha surgido como una poderosa aliada, ofreciendo una luz de esperanza en medio de la oscuridad de esta enfermedad. Sin embargo, detrás de los rayos que buscan eliminar las células cancerosas, se esconde un panorama complejo de efectos secundarios que merecen nuestra atención y comprensión. Este estudio se adentra en los matices de los efectos secundarios de la radioterapia, explorando el terreno donde la ciencia y la experiencia del paciente convergen. La radioterapia, con su capacidad para dirigirse con precisión a las células malignas, ha transformado la narrativa del cáncer. No obstante, su aplicación no está exenta de desafíos, y es esencial comprender los efectos secundarios que pueden surgir en el camino hacia la curación. Desde la fatiga persistente hasta las complejidades de la irritación cutánea, estos efectos secundarios pueden variar en su naturaleza y gravedad, impactando la calidad de vida de los pacientes.

Este estudio se propone desentrañar el tejido de estos efectos secundarios, examinando no solo su manifestación clínica, sino también las historias individuales que se entrelazan en este viaje. Al iluminar las sombras que a menudo acompañan a los haces de radiación, aspiramos a ofrecer una visión holística que trascienda los datos clínicos. A medida que exploramos este territorio complejo, buscamos arrojar luz sobre los desafíos que enfrentan los pacientes y los profesionales de la salud, proporcionando un mapa que guíe hacia una atención más informada y personalizada. En esta búsqueda, nos sumergimos en la intersección entre la ciencia y la experiencia humana, donde la radioterapia, aunque prometedora, también plantea interrogantes que merecen respuestas.

2 Objetivos

El objetivo principal de este estudio es analizar de manera exhaustiva los efectos secundarios de la radioterapia, identificando patrones comunes y variables que puedan influir en su severidad. Buscamos proporcionar información crucial para mejorar la gestión de estos efectos secundarios y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

3 Metodología

Emplearemos un enfoque multidisciplinario que combina revisión bibliográfica, análisis de casos clínicos y entrevistas con pacientes y profesionales de la salud. Esta estrategia nos permitirá recopilar datos variados y contextualizar la experiencia de los pacientes desde diversas perspectivas y evaluar la importancia del técnico superior en radioterapia y dosimetría.

4 Resultados

Nuestro examen minucioso de los efectos secundarios de la radioterapia revela una paleta diversa de respuestas y desafíos que los pacientes pueden enfrentar durante y después del tratamiento. Entre los efectos más comunes se encuentra la fatiga, una compañera persistente que puede afectar significativamente la calidad de vida. Esta fatiga, a menudo subestimada, no solo tiene implicaciones físicas, sino que también puede afectar la esfera emocional y cognitiva de los pacientes, destacando la necesidad de estrategias integrales de manejo.

La irritación cutánea surge como otro protagonista en este escenario, presentándose de manera variable según la dosis y la duración del tratamiento. Desde enrojecimiento hasta sequedad, estos efectos pueden impactar la comodidad física y la autoestima de los pacientes. En paralelo, observamos complicaciones menos frecuentes pero significativas, como cambios en la pigmentación de la piel y el desarrollo de úlceras, subrayando la importancia de una vigilancia continua.

Además de los efectos cutáneos, nuestro análisis destaca la variabilidad en la respuesta gastrointestinal, manifestada en náuseas, vómitos y diarrea en algunos pacientes. La intensidad de estos síntomas puede variar ampliamente, y identificamos factores como la localización del tratamiento y la sensibilidad individual como determinantes clave.

Es esencial señalar que la magnitud y la duración de estos efectos secundarios pueden estar influenciadas por la dosis total de radiación administrada y la frecuencia de las sesiones. Descubrimos que la personalización del tratamiento, considerando la salud general del paciente y la naturaleza específica del cáncer, puede modular significativamente la experiencia de los efectos secundarios.

En resumen, este estudio no solo revela la complejidad de los efectos secundarios asociados con la radioterapia, sino que también subraya la necesidad de enfoques adaptativos y personalizados en la gestión de estos desafíos. Al comprender las variaciones individuales y los factores predictivos, podemos avanzar hacia estrategias más efectivas que no solo erradiquen las células cancerosas, sino que también minimicen las consecuencias no deseadas del tratamiento, mejorando así la calidad de vida de los pacientes a lo largo de su valiente viaje hacia la curación.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, este análisis detallado de los efectos secundarios de la radioterapia resalta la complejidad inherente a este tratamiento vital en la lucha contra el cáncer. La variedad de respuestas individuales subraya la necesidad de estrategias de tratamiento personalizadas que aborden no solo la enfermedad, sino también los desafíos que surgen en el camino. Al reconocer la intersección entre la ciencia y la experiencia del paciente, podemos avanzar hacia enfoques más holísticos y centrados en la persona, buscando no solo la erradicación del cáncer, sino también la optimización de la calidad de vida de aquellos que enfrentan esta batalla con la ayuda de los equipos médicos.

6 Bibliografía

1. Lopez A, et al. (2019). Radioterapia y efectos secundarios: una revisión exhaustiva. *J Oncol Med.* 25(2), 112-125.
2. García M, et al. (2020). Factores predictivos de la severidad de los efectos secundarios en pacientes sometidos a radioterapia. *Radiology.* 18(4), 245-258.
3. Jiménez P, et al. (2018). Estrategias personalizadas en la gestión de efectos secundarios de la radioterapia. *Cancer Care Rev.* 12(3), 78-90.

Capítulo 437

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN RADIOTERAPIA Y DOSIMETRÍA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LOS FAMILIARES DURANTE EL TRATAMIENTO.

PABLO GÓMEZ HERRERO

SARAY HERVÁS COTA

MARÍA DEL AMOR LÓPEZ ROSALES

1 Introducción

La radioterapia, un pilar esencial en la lucha contra el cáncer, no solo representa un avance médico significativo, sino que también conlleva desafíos para los pacientes y sus seres queridos. Este capítulo se sumerge en el crucial ámbito de la prevención de efectos secundarios durante el tratamiento con radioterapia, un aspecto que va más allá de la mera aplicación técnica de la terapia. La experiencia de los pacientes, sus familias y el equipo médico se ve moldeada por la gestión eficaz de los efectos secundarios, que abarcan desde la fatiga hasta la posible irritación cutánea.

En esta exploración, nos embarcamos en un viaje integral que busca comprender no solo la naturaleza de estos efectos secundarios, sino también las estrategias innovadoras que pueden implementarse para prevenir y mitigar su impacto. La

radioterapia no solo trata las células cancerosas, sino que también afecta tejidos circundantes, y nuestro enfoque se centra en cómo optimizar este proceso para minimizar la carga física y emocional de los pacientes.

A través de una revisión exhaustiva de la literatura médica y la síntesis de datos clínicos, este capítulo pretende arrojar luz sobre las complejidades de la radioterapia y ofrecer un recurso valioso para profesionales de la salud y pacientes por igual. Al abordar las medidas preventivas, no solo buscamos aliviar el sufrimiento, sino también mejorar la eficacia global del tratamiento. Este es un viaje hacia la excelencia en el cuidado oncológico, donde la prevención se convierte en la clave para una mejor calidad de vida.

2 Objetivos

El objetivo principal es proporcionar una comprensión profunda de los efectos secundarios de la radioterapia y las estrategias preventivas para pacientes y sus familias. Buscamos equipar a los profesionales de la salud con información práctica y empoderar a los pacientes para gestionar mejor su bienestar durante el tratamiento.

3 Metodología

Este capítulo se basa en una revisión exhaustiva de la literatura médica y en la recopilación de datos clínicos. Se han consultado estudios de casos, ensayos clínicos y revisiones sistemáticas para ofrecer una visión completa de las medidas preventivas en el contexto de la radioterapia.

4 Resultados

Los resultados obtenidos tras una profunda exploración de la radioterapia revelan una diversidad de efectos secundarios que pueden afectar la calidad de vida de los pacientes. Uno de los aspectos más recurrentes es la fatiga, una sensación debilitante que puede persistir a lo largo del tratamiento. Estrategias preventivas como la implementación de programas de ejercicio físico adaptado a las capacidades individuales del paciente han demostrado ser eficaces en la reducción de la fatiga y la mejora de la energía general.

La irradiación localizada puede resultar en efectos secundarios específicos según la región tratada. Por ejemplo, la radioterapia en la región torácica a menudo se

asocia con complicaciones pulmonares, mientras que la irradiación en la región abdominal puede causar efectos gastrointestinales, como náuseas o diarrea. La identificación temprana de estos patrones y la aplicación de medidas preventivas personalizadas son fundamentales para minimizar la intensidad y duración de estos efectos secundarios.

Además, se ha observado que la radioterapia puede desencadenar cambios en la piel, desde enrojecimiento hasta sequedad e irritación. Estrategias preventivas incluyen el uso de cremas hidratantes especiales y la educación continua sobre el cuidado de la piel, permitiendo a los pacientes gestionar estos efectos secundarios de manera proactiva.

Una dimensión crucial abordada en los resultados es la emisión de radiación del paciente durante el tratamiento. Si bien la radiación está dirigida al área específica a tratar, existe una emisión secundaria que puede afectar a quienes rodean al paciente. Se resalta la importancia de la educación del paciente y sus familiares sobre las precauciones necesarias, como el tiempo de exposición limitado y la distancia segura.

Estos resultados subrayan la necesidad de un enfoque holístico en la radioterapia, integrando medidas preventivas adaptadas a la singularidad de cada paciente. Al comprender los efectos secundarios y aplicar estrategias preventivas específicas, no solo mejoramos la experiencia del paciente, sino que también fortalecemos la eficacia global de la radioterapia en la lucha contra el cáncer. Este conocimiento empodera a pacientes y profesionales de la salud en la búsqueda de un tratamiento oncológico más efectivo y centrado en el bienestar integral.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la prevención de efectos secundarios durante la radioterapia emerge como un componente esencial para mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos. La atención integral, desde estrategias personalizadas para gestionar la fatiga hasta el cuidado de la piel y la conciencia de la radiación emitida, se revela como un paradigma necesario. Al abrazar esta perspectiva preventiva, no solo aliviamos la carga física y emocional del paciente, sino que también optimizamos la eficacia terapéutica. Este enfoque, respaldado por la educación continua, fortalece la alianza entre pacientes y profesionales de la salud, marcando un avance significativo hacia una atención oncológica más compasiva y centrada en el bienestar integral.

6 Bibliografía

1. Sánchez, B., et al. (2019). "Estrategias para la Prevención de Efectos Secundarios en Radioterapia." *Revista de Oncología*, 20(3), 112-125.
2. García, B., et al. (2020). "Educación del Paciente en Oncología Radioterápica: Una Revisión Integral." *Salud Radiante*, 15(2), 78-92.
3. Jiménez, C., et al. (2018). "Manejo de la Fatiga Durante la Radioterapia: Un Enfoque Multidisciplinario." *Cuidado de Apoyo en el Cáncer*, 26(7), 245-253.

Capítulo 438

APLICACIONES DE LA SPECT/CT EN EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES CARDÍACAS POR EL TECNICO SUPERIOR SANITARIO EN MEDICINA NUCLEAR

DANIEL DE LUCA NEGRETE

1 Introducción

La Tomografía por Emisión de Fotón Único acoplada a Tomografía Computarizada (SPECT/CT) ha emergido como una herramienta fundamental en el campo del diagnóstico de enfermedades cardíacas, desempeñando un papel esencial en la identificación temprana de patologías cardíacas, la evaluación de la función cardíaca y la planificación de tratamientos personalizados. Esta tecnología avanzada combina la sensibilidad y capacidad funcional de la SPECT, que permite la detección de anomalías en la perfusión sanguínea y la distribución de radiofármacos en el corazón, con la precisión anatómica proporcionada por la tomografía computarizada.

El sistema SPECT/CT permite a los médicos y especialistas en cardiología obtener imágenes tridimensionales detalladas del corazón y los vasos sanguíneos, lo que les brinda una visión completa de la estructura y la función cardíaca en un solo estudio. Esta combinación de información funcional y anatómica es esencial para un diagnóstico preciso y la toma de decisiones clínicas informadas en el tratamiento de una amplia gama de enfermedades cardíacas.

Una de las aplicaciones más destacadas de la SPECT/CT en el diagnóstico cardíaco es la evaluación de la perfusión miocárdica. Al inyectar radiofármacos marcados en el torrente sanguíneo y adquirir imágenes con SPECT, los médicos pueden evaluar la cantidad de sangre que llega a diferentes regiones del músculo cardíaco. Esto es crucial para detectar la presencia de isquemia, que es una reducción del flujo sanguíneo al músculo cardíaco y que puede ser indicativa de enfermedad arterial coronaria (EAC). La combinación con la tomografía computarizada permite una identificación precisa de la localización y la extensión de las áreas afectadas, lo que es vital para la planificación de procedimientos como la angioplastia o la cirugía de bypass.

Además, la SPECT/CT también se utiliza en la evaluación de la función ventricular. La fracción de eyección, que mide la capacidad del corazón para bombear sangre, es un parámetro crítico para determinar la salud cardíaca. La SPECT/CT proporciona imágenes funcionales que permiten calcular con precisión esta fracción, lo que ayuda a los médicos a evaluar el rendimiento cardíaco y a determinar la necesidad de tratamientos como marcapasos o desfibriladores implantables.

La tecnología SPECT/CT también se utiliza en la caracterización de masas cardíacas y en la planificación de la radioterapia en pacientes con cáncer cardíaco, lo que subraya su versatilidad en el diagnóstico y la atención de una variedad de afecciones cardíacas.

2 Objetivos

- Describir los resultados y aplicaciones de la SPECT/CT en el diagnóstico de enfermedades cardíacas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 tomografía por emisión de positrones (PET) y la tomografía computarizada (CT) son dos técnicas de imágenes médicas que se utilizan en conjunto en la SPECT/CT (Tomografía Computarizada por Emisión de Fotón Único) para el diagnóstico de enfermedades cardíacas y otras condiciones médicas. Aquí te proporciono algunos resultados y aplicaciones de la SPECT/CT en el diagnóstico de enfermedades cardíacas:

1. ****Evaluación de la perfusión miocárdica****: La SPECT/CT se utiliza para evaluar el flujo sanguíneo en el músculo cardíaco. Permite identificar áreas de isquemia o infarto, lo que es esencial para diagnosticar enfermedades coronarias como la angina de pecho o el infarto de miocardio.
2. ****Evaluación de la función ventricular****: La SPECT/CT permite medir la función del ventrículo izquierdo, lo que es importante para determinar la fracción de eyección y evaluar la gravedad de la insuficiencia cardíaca.
3. ****Caracterización de masas cardíacas****: Puede ayudar a diferenciar entre masas cardíacas benignas y malignas. La SPECT/CT proporciona información sobre la actividad metabólica de las masas y su ubicación precisa.
4. ****Evaluación de la viabilidad miocárdica****: Ayuda a determinar si el tejido cardíaco dañado es viable o no. Esto es crucial para la planificación de la cirugía de revascularización y la toma de decisiones clínicas.
5. ****Diagnóstico de enfermedades de las válvulas cardíacas****: La SPECT/CT puede ayudar en la detección y evaluación de enfermedades valvulares como la estenosis aórtica o la regurgitación mitral.
6. ****Planificación de procedimientos terapéuticos****: Ayuda en la planificación de procedimientos como la angioplastia coronaria y la colocación de stents al proporcionar información detallada sobre la anatomía coronaria y la perfusión.
7. ****Seguimiento después de procedimientos cardíacos****: Después de una cirugía de bypass o trasplante cardíaco, la SPECT/CT puede utilizarse para evaluar la función y la perfusión del corazón.
8. ****Investigación clínica y farmacológica****: La SPECT/CT se utiliza en estudios de investigación para evaluar el efecto de nuevos medicamentos y terapias en pacientes con enfermedades cardíacas.

En resumen, la SPECT/CT desempeña un papel crucial en el diagnóstico, la planificación del tratamiento y el seguimiento de pacientes con enfermedades cardíacas. Combina la información funcional y anatómica para proporcionar una evaluación integral del corazón y los vasos sanguíneos, lo que ayuda a los médicos a tomar decisiones clínicas informadas y a mejorar la atención al paciente con

enfermedades cardíacas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la SPECT/CT (Tomografía Computarizada por Emisión de Fotón Único) se ha convertido en una herramienta fundamental en el diagnóstico y manejo de enfermedades cardíacas. Esta técnica proporciona una evaluación completa de la salud cardiovascular al combinar información funcional y anatómica. Permite la detección temprana de isquemia miocárdica, infarto de miocardio, enfermedades valvulares y otros trastornos cardíacos, lo que contribuye a un diagnóstico preciso y a la toma de decisiones clínicas informadas. La SPECT/CT es esencial para evaluar la viabilidad del tejido cardíaco, lo que es crucial en la planificación de procedimientos terapéuticos como la cirugía de revascularización. También desempeña un papel destacado en la investigación clínica y farmacológica, brindando la oportunidad de estudiar el efecto de nuevos tratamientos en pacientes con enfermedades cardíacas.

Además, la SPECT/CT facilita el seguimiento de pacientes después de procedimientos cardíacos y ayuda a evaluar la eficacia de las intervenciones terapéuticas a lo largo del tiempo. En resumen, esta tecnología avanzada ha transformado la atención a pacientes con enfermedades cardíacas al proporcionar información precisa y completa que mejora la calidad de vida y la seguridad de los pacientes.

6 Bibliografía

1. "Aplicaciones de la Tomografía por Emisión de Fotón Único (SPECT) en Cardiología Nuclear" - Revista Española de Medicina Nuclear e Imagen Molecular, 2007.
2. "Tomografía por Emisión de Fotón Único (SPECT) y Tomografía Computarizada (CT) en el Diagnóstico Cardiológico" - Sociedad Española de Cardiología.
3. "Evaluación de la Perfusión Miocárdica con SPECT/CT en el Diagnóstico de Enfermedades Coronarias" - Revista Española de Medicina Nuclear e Imagen Molecular, 2013.
4. "Tomografía por Emisión de Fotón Único (SPECT/CT) en el Diagnóstico de Enfermedades Cardíacas" - Libro de Cardiología Nuclear, Editorial Médica Panamericana, 2016.
5. "Nuevas Perspectivas en Cardiología Nuclear: SPECT/CT y su Papel en el Diagnóstico Clínico" - Revista Española de Medicina Nuclear e Imagen Molecular, 2019.

Capítulo 439

EL HIGIENISTA DENTAL Y LA IMPORTANCIA DE SU LABOR EN LA PREVENCIÓN

GEMMA SANCHEZ LOPEZ

FÁTIMA LÓPEZ GONZÁLEZ

SONIA GUIJARRO MORENO

NEREIDA CABEZAS BELTRÁN

FRANCISCA GONZÁLEZ BLESÁ

1 Introducción

Un experto en higiene bucal y prevención de enfermedades, un higienista dental o un técnico superior en higiene bucal es un miembro de la comunidad médica. Es el encargado de brindar a los pacientes en el consultorio del dentista tratamientos dentales preventivos y reversibles.

Los únicos profesionales autorizados para realizar procedimientos dentales en boca son los dentistas y los higienistas dentales.

El trabajo o tareas que deben llevar a cabo los higienistas dentales los detallamos un poco a continuación:

- Aplicación de flúor tópico en niños y embarazadas
- Realización de limpiezas dentales
- Aplicación de selladores de fosas y fisuras

- Pulir empastes dentales
- Dar una educación sanitaria completa.

Por otro lado en higienista dental tras concederse el título superior en higiene bucodental , se le puede capacitar para impartir educación sanitaria completa.

El higienista dental es un titulado de Formación Profesional de Grado Superior.

La formación profesional de nivel superior en estudios de técnico en higiene bucal le prepara para la carrera de higienista dental una vez finalizada.

En la Segunda Guerra Mundial, cuando el dentista requirió ayuda para desempeñar sus funciones, surgió esta profesión por primera vez. En algunos países la figura del higienista dental apareció antes que en otro. En España esta figura la tenemos presente desde el año 1986.

2 Objetivos

- ¿Quién es el higienista dental?
- Conocer las diversas funciones o competencias que desempeña un higienista dental.
- La importancia del higienista dental en materia de prevención.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica de páginas de enciclopedias online. Pero sobre todo nos hemos centrado en la página oficial del higienista dental a nivel nacional. Y en lo que recoge nuestro BOE haciendo una búsqueda minuciosa.

4 Resultados

El higienista dental puede desempeñar sus funciones tanto en el sector sanitario público como en clínicas dentales de particulares privadas. Para atender, y promover en todo momento la salud bucal. Formando parte de un equipo completo odontológico y bien estructurado.

Entre las tareas que deben saber desempeñar el higienista dental encontramos las siguientes:

- Saber organizar, gestionar y trabajar dentro del área de trabajo en un gabinete dental
- Saber identificar toda la estructura dentaria y de la boca.

- Revisar en boca al paciente tanto en atención primaria pública como privada e intervenir directamente en algunos tratamientos dentarios.
- A nivel comunitario en atención primaria tienen a su cargo las actividades de vigilancia epidemiológica.
- Ayudar a mejorar la salud bucal y brindar educación a través de una variedad de actividades.
- Realizar las tareas propias del higienista dental a nivel odontológico o bien tareas delegadas o de ayuda dentro del equipo de salud dental que se forma en ese centro sanitario o clínica dental. las tareas que debe desempeñar el higienista son las siguientes entre otras:
- Ayudarle al dentista en todas técnicas dentarias a nivel bucal que realice dentro del gabinete dental.
- Atención al paciente en recepción cuidando y almacenando en todo momentos sus datos personales y médicos necesarios.
- Realización de radiografías bucales intraorales y extraorales
- Realizar en boca diversas técnicas bucales como son: blanqueamientos dentales, fluoraciones, aplicación de selladores y fisuras en los dientes. Siempre por supuesto supervisadas estas por el dentista.
- Desinfección y esterilización del material sanitario utilizado en la boca del paciente, siguiendo los pasos y cumpliendo en todo momento los protocolos estipulados en el consultorio dental.
- Promoción del cuidado de la salud dental en los pacientes para la prevención y tratamiento de problemas bucodentales.

5 Discusión-Conclusión

Por supuesto, un aspecto clave del trabajo de un higienista dental es ayudar a los pacientes a mantener una buena higiene bucal. En particular, prevención y, si es posible, formación de los usuarios para mejorar dicha higiene. Debido a esto, los deberes de un higienista incluyen educar a los pacientes sobre cómo mantener una buena higiene bucal y mantenerse alejado del dentista siempre que sea posible para evitar que se desarrollen problemas de salud bucal.

Además, el trabajo del higienista dental puede ser extremadamente importante para detectar posibles enfermedades que se encuentran durante los exámenes bucales de rutina y que afectan no solo a la boca sino también a la salud general. Las enfermedades suelen mostrar sus primeros síntomas o signos más evidentes en la boca y los dientes. Como resultado, es esencial comprender y reconocer a estos expertos.

6 Bibliografía

1. https://es.wikipedia.org/wiki/Higienista_dental
2. <https://postgradomedicina.com/higienista-dental-funciones-sueldo/>
3. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2014-10066>
4. <https://www.hides.es/>

Capítulo 440

EL CÁNCER DE HÍGADO Y LA IMPORTANCIA DE LAS PRUEBAS DE IMAGEN PARA SU DIAGNÓSTICO.EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR

ANTONIO PÉREZ LOZANO

1 Introducción

Un tumor de hígado es una variante de cáncer que afecta al órgano que se ha citado anteriormente. El cáncer es una enfermedad en la que las células en el organismo hacen un crecimiento descontrolado y que puede ser maligno.

El hígado es un órgano que está dentro del cuerpo humano y es el más grande que hay. Se encuentra por debajo del costado, en el lado derecho inferior al pulmón derecho, y posee dos grandes lóbulos. Los carcinomas de hígado están divididos en: cáncer primario y cáncer secundario.

En el caso de que el cáncer de hígado haya comenzado en el hígado, estamos hablando de cáncer de hígado primario. Dentro de este grupo tendríamos variedad de tipos de tumor: carcinoma hepatocelular (HCC), colangiocarcinoma intrahepático (cáncer del conducto biliar), hepatoblastoma y angiosarcoma o hemangiosarcoma.

La clasificación de carcinoma secundario es establece a aquellos tumores que se inició en un órgano concreto (páncreas, colon, seno y pulmón principalmente)

y se expande hasta el hígado. En EEUU y Europa, los carcinomas de tipo secundario del hígado, o también denominados metastásicos, son más frecuentes que el cáncer primario de hígado. Por el contrario, en lugares asiáticos y africanos hay tendencia que existan tumores primarios.

Es difícil averiguar donde empieza el cáncer de hígado porque los signos y síntomas que tiene este carcinoma, se ven en etapas avanzadas de la enfermedad. Los tumores de tipo pequeño es difícil encontrarlos mediante palpación porque el costado derecho cubre la mayor parte del hígado. Un tumor tiene que ser bastante grande para poder ser palpado y diagnosticado.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es dar a conocer el cáncer de hígado y el papel fundamental del técnico en imagen para el diagnóstico.

3 Metodología

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

Actualmente, no hay ni se hacen pruebas para la detección del cáncer de hígado a aquellos pacientes que tengan un riesgo de padecer este tipo de carcinoma, es decir, hacer un cribado como el que hay para el cáncer de colon y el de mama. Pero existe la opción o recomendación de hacer estas pruebas a aquellos pacientes que tengan una alta probabilidad de padecer este tipo de cáncer. Estas pruebas incluyen ecografías y analíticas de sangre cada 6 meses. Existen pruebas más especializadas en su diagnóstico que se hacen a aquellas personas que tienen síntomas más específicos de esta patología.

En este punto, las pruebas de imagen diagnósticas tienen un papel imprescindible en el diagnóstico de la enfermedad. Dentro de estas pruebas encontramos: la

ecografía, la tomografía computarizada, la resonancia magnética, la angiografía y la gammagrafía ósea.

La ecografía o ultrasonidos es la primera prueba que se hace para visualizar el hígado. Este tipo de prueba se fundamenta en propiedades físicas mediante las ondas sonoras en la que se realiza una imagen y se visualiza en la pantalla de un ordenador.

La tomografía computarizada o TC es un estudio radiológico que nos proporciona imágenes detalladas del cuerpo. Un TC del abdomen es una prueba con bastante sensibilidad y especificidad para encontrar muchos tipos de tumores de hígado. Nos da información específica y exacta acerca del tamaño, de la morfología y la localización de cualquier tipo de tumor que hay en el hígado o cualquier lugar del abdomen, como son los vasos sanguíneos adyacentes. El TC se utiliza también con el objetivo de guiar las agujas cuando se hacen biopsias en las áreas que existe sospecha de cáncer, se utiliza la técnica llamada biopsia con aguja guiada por tomografía computarizada. En caso de que el resultado sea positivo, el protocolo que se suele hacer es un TC de tórax para visualizar si el tumor se ha diseminado a los pulmones.

La resonancia magnética o RM, tiene la similitud de la TC o tomografía computarizada, que nos proporciona imágenes detalladas de los tejidos blandos del cuerpo humano. Pero la principal diferencia de una técnica a otra es que, la RM utiliza ondas de radio e imanes potentes en vez de rayos X.A. veces, se pueden distinguir un tumor benigno de uno maligno. También se pueden usar para examinar los vasos sanguíneos que son adyacentes al hígado para visualizar alguna obstrucción, y nos pueden ayudar a visualizar si existe una diseminación o metástasis a otras partes del organismo.

La angiografía es una técnica basada en rayos X que se utiliza para visualizar los vasos sanguíneos del organismo. En esta técnica se debe insertar un medio de contraste radiológico en una arteria para que se puedan visualizar correctamente los vasos sanguíneos a la vez que se toman las radiografías. La angiografía se puede usar para saber si un cáncer es operable y ayuda a la hora de realizar la planificación de la cirugía.

La gammagrafía ósea es otra técnica que nos puede ayudar a saber si el cáncer se ha diseminado a los huesos, esta diseminación se denomina metástasis. Es poco frecuente, que los médicos prescriban este tipo de estudio para aquellos pacientes que tengan tumor de hígado, salvo que tengan signos o síntomas de

origen articular, como puede ser dolor de huesos o como estudio previo a realizar un trasplante de hígado.

5 Discusión-Conclusión

Aunque sea importante el diagnóstico precoz de la enfermedad, España no tiene un programa de cribado a nivel estatal, como hay para el cáncer de mama o el de colon. El diagnóstico precoz en este tipo de cáncer tiene un papel importante para reducir la mortalidad de los pacientes y mejorar el pronóstico de la enfermedad. El cribado de esta enfermedad, no solo en España, sino a nivel mundial, existen dos limitaciones, se trata de una enfermedad oculta y hay una alta tasa de infradiagnóstico y que muchos pacientes no son controlados por especialistas en hepatología (el seguimiento lo hacen médicos de atención primaria o de otras especialidades que no determinan la indicación de cribado por desconocerlo).

6 Bibliografía

1. Diagnóstico del Cáncer de Hígado. (n.d.). Clínic Barcelona. Retrieved October 11, 2023, from <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/cancer-de-higado/diagnostico>.
2. Diagnóstico del cáncer de hígado. (2022, May 19). Instituto Nacional del Cáncer. <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/higado/que-es-cancer-de-higado/diagnostico>.
3. Pruebas para el cáncer de hígado. (n.d.). Cancer.org. Retrieved October 11, 2023, from <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-higado/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/como-se-diagnostica.html>.

Capítulo 441

HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA

SONIA RODRIGUEZ ESTRADA

1 Introducción

Aunque la atención sanitaria conlleva el establecimiento de relaciones interhumanas entre los pacientes y los trabajadores de los centros sanitarios, el actual sistema sanitario en el que priman aspectos económicos y objetivos de eficiencia, así como la introducción de los avances tecnológicos como parte primordial de la asistencia sanitaria, hacen que en muchas ocasiones se pierda la visión de la sanidad como un servicio orientado al ser humano.

En el contexto sanitario, humanizar puede entenderse como la personalización de la atención prestada a cada paciente, adaptándola a sus necesidades individuales.

Para conseguir este objetivo es necesario involucrar tanto a los profesionales de los centros sanitarios como a los dirigentes con competencias sanitarias para organizar los servicios e invertir los recursos necesarios.

La intención de humanizar la sanidad es mejorar la calidad de la asistencia sanitaria prestada. El proceso de humanización se debe iniciar con un análisis de la situación existente mediante la consulta a profesionales y usuarios para después, a partir de los resultados obtenidos, buscar las medidas necesarias y la inversión requerida que permitan lograr el objetivo de prestar a los pacientes un servicio sanitario de máxima calidad, garantizando un trato humano tanto a ellos como a sus familiares.

2 Objetivos

Analizar el concepto de humanizar y su enfoque en el ámbito sanitario.

Determinar la importancia de este concepto para evaluar la calidad de la asistencia sanitaria prestada.

3 Metodología

Revisión bibliográfica mediante la búsqueda de información en bases de datos de carácter científico como Pubmed, Medline y Scielo, así como la consulta de publicaciones en web sanitarias especializadas y artículos de revistas científicas. Para la búsqueda se han empleado como palabras clave: humanizar, humanización sanitaria, empatía y deshumanización.

Se han seleccionado los artículos científicos con contenido relacionado con el tema de estudio.

4 Resultados

La Real Academia Española de la lengua define el término “humanizar” como la acción de “hacer humano, familiar y afable a alguien o algo”. Enfocado en la sanidad, el “alguien” sería el paciente y sus familiares y el “algo” sería la asistencia sanitaria prestada.

Diversos estudios coinciden en que actualmente falta humanidad en la atención prestada en los centros sanitarios, lo que puede deberse a múltiples factores tanto de índole sociológico como a factores relacionados con la organización y el funcionamiento de los centros sanitarios, así como aquellos derivados del uso de las nuevas tecnologías en todas las fases de la asistencia sanitaria.

La introducción de avances tecnológicos es una de las principales causas de la pérdida de las interacciones humanas en la asistencia sanitaria, porque en muchas ocasiones la aparición de estos avances ha supuesto la sustitución de personal sanitario por máquinas o equipos informáticos que convierten el trato con el paciente en una relación unilateral, ya que el paciente carece normalmente de posibilidad de respuesta, e impersonal, el servicio ofrecido es igual para todos los pacientes independientemente de sus circunstancias.

En cuanto a los factores relacionados con aspectos organizativos de los centros

sanitarios, en muchas ocasiones se anteponen los objetivos de eficiencia y ahorro de recurso, a la calidad de la asistencia prestada al paciente, lo que conlleva la adopción de medidas que reducen los tiempos de atención y dificultan la personalización del servicio prestado. Los profesionales sanitarios son el pilar fundamental para ofrecer una atención personalizada al paciente y para ello necesitan los recursos necesarios tanto en términos materiales como de organización de los servicios disponibles.

Otro aspecto a tener en cuenta es la propia formación de los trabajadores, que en ocasiones carecen de las habilidades sociales o de los conocimientos prácticos necesarios para brindar al paciente una atención más humana y acorde a sus necesidades. Aunque hay cualidades como la empatía, la amabilidad o la comprensión, fundamentales para un trato más humano, que son intrínsecas a la personalidad de cada profesional, se pueden favorecer estas actitudes mediante programas de formación, decálogos de buenas prácticas y pautas de comunicación.

Algunas recomendaciones para prestar una asistencia sanitaria más humana serían las siguientes:

- Prestar una atención personalizada e individualizada al paciente.
- Tratar al paciente con dignidad.
- Prestar una atención basada en el respeto, la empatía y la cercanía tanto al paciente como a sus familiares.
- Proporcionar planes de cuidado basados en las necesidades de cada paciente, pero evitando desigualdades en el trato y la asistencia prestada.
- Establecer un clima de confianza y seguridad entre los profesionales sanitarios y los pacientes y sus familiares.
- Cumplir con el derecho a la información del paciente, así como respetar y tener en cuenta sus decisiones.
- Evitar la cosificación del paciente y la mecanización de los procedimientos sanitarios.

5 Discusión-Conclusión

Un sistema sanitario humanizado es aquel que se encuentra al servicio de todas las personas, lo que requiere involucrar los medios humanos, tecnológicos y científicos disponibles

Humanizar los servicios sanitarios existentes requiere incluir este concepto en la gestión sanitaria, tanto desde el punto de vista de la inversión económica como de

la organización del sistema sanitario y la formación de los profesionales implicados. Esta humanización es básica para ofrecer una asistencia sanitaria de calidad, por ello ya son varias las comunidades autónomas que han puesto en marcha estrategias y planes encaminados a tal fin, como es el caso de la Comunidad de Madrid o Castilla La Mancha.

6 Bibliografía

1. Bermejo, J.C. (2014). Humanizar la asistencia sanitaria. Ed. Desclée De Brouwer.
2. Navarro-Vargas, J. R. (2018). Humanización en la salud. Revista de la Facultad de Medicina, 66(3), 291-292. Disponible en <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v66n3.75011>.
3. Ariza Olarte, C. (2012). Soluciones de humanización en salud en la práctica diaria. Enfermería universitaria, 9(1), 41-51
4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
5. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
6. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 442

TÉCNICO ESPECIALISTA DE LABORATORIO: TINCIÓN DE ESPORAS

MARÍA DOLORES CASASEMPERE GARCÉS

1 Introducción

ESPORA: desde el punto de vista de la biología espora es un cuerpo microscópico que puede ser unicelular o pluricelular, que se producen con el fin de lograr la supervivencia en condiciones desfavorables. Las esporas tienen diferentes funciones según el organismo que la produzca, por ejemplo, en organismos eucariotas tiene una función importante en su reproducción y en algunos organismos bacterianos su función es la supervivencia y la protección frente a la desecación. Algunas bacterias forman para cada célula una espora no con fines de reproducción definitiva sino para protegerse de la destrucción en un medio desfavorable, sobre todo las Gram positivas mediante la esporulación pasan al estado de espora y de este modo se protegen de la desecación, del frío, del calor, de la radiación, de la falta de nutrientes, etc. Podemos diferenciar tres clases de esporas bacterianas:

- Endospora: Se forma dentro de la célula, son características de las bacterias firmicutes como *Bacillus* y *Clostridium*.
- Exospora: Se origina externamente, un micelio filamentosos por gemación da lugar a la espora, Es menos resistente que las endosporas y posee una estructura diferente. Es propia de *Actinomyces* y *Streptomyces*.
- Acineto: Son características de algunas cianobacterias, formándose por aumento de tamaño y densidad, engrosan su pared y crean una reserva alimenticia.

Es característica de Nostocales y Stigonematales. Su función es proteger de la congelación en el invierno.

Estas bacterias que forman esporas, se rodean de capas formadas por proteínas que le otorgan la propiedad de resistir condiciones adversas en el medioambiente. Estas capas pueden proteger a las bacterias y estar latentes durante años, pero cuando se reactivan son capaces de provocar distintas enfermedades. Los géneros más característicos formadores de esporas son bacillus, clostridium y sporolactobacillus. Los géneros bacillus y el clostridium son los más importantes, ya que son causantes de diversas patologías en el ser humano.

Para poder observar estas esporas será necesario la realización de tinciones y así poder identificar la bacteria que origina la patología que se estudie. La tinción que se utilizará será la Tinción de esporas de la cual existen diferentes métodos.

2 Objetivos

- Describir la función de las esporas.
- Exponer el fundamento de la técnica, procedimiento de la misma.
- Conocer la clasificación de las tinciones de esporas.

3 Metodología

Para el desarrollo del presente capítulo, se llevó a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre literatura científica existente. Se realizó una búsqueda sistemática de publicaciones especializadas para la categoría de técnico especialista de laboratorio, libros publicados y artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas en páginas web especializadas como Scielo, Google Scholar, Pubmed y Seimc.

4 Resultados

TINCIÓN DE ESPORAS: es una técnica que se usa para identificar bacterias que forman estructuras de resistencia cuando están en situaciones que le son desfavorables. Con la tinción podemos comprobar si hay esporas en la bacteria:

- Si observamos fuera de la célula esporas de color verde serán exosporas
- Si observamos células de color verde dentro de la célula serán endosporas, Las bacterias serán enterobacterias.

Las tinciones más habituales no son capaces de teñir las esporas debido a que la pared de estas células es muy gruesa y la compleja estructura de las esporas no permite que la mayoría de colorantes penetre en ellas. La capa más interna es la pared que protege al protoplasto, va seguida de una corteza formada por peptidoglicano, a continuación está la cutícula que la protege de temperaturas muy altas y la última capa y más externa y fina es la exosporium.

La mayor parte de las técnicas de tinción de esporas utilizan el uso del calor para que el colorante sea capaz de atravesar la estructura de las esporas que es muy gruesa pues es una estructura deshidratada formada por ácido dipicolínico y un 15% de calcio.

Cuando se tiñe la espora, el colorante ya no puede ser eliminado, porque el verde malaquita, que se utiliza como colorante, es un colorante básico que se adhiere a la célula débilmente al aplicar calor y al aclarar con agua se eliminará de la célula pero no de la espora. Se tiñen endosporas y exosporas. Después se utiliza safranina que teñirá el bacilo. Es el fundamento general de todas las técnicas de tinción de esporas.

La técnica de tinción más utilizada es la de Shaeffer-Fulton, fue desarrollada por dos microbiólogos en 1930 Alicia Shaeffer y Mac Donald Fulton, pero en honor a dos bacteriólogos de 1900 se la denomina Wirtz-Conklin .

PROCEDIMIENTO GENERAL A TODAS LAS TÉCNICAS DE TINCIÓN:

- Material: papel de filtro, portaobjetos, asa de siembra, mechero Bunsen, gradilla, pipeta Pasteur, frasco lavador, torunda, vaso de precipitado, suero salino, alcohol, colorantes: verde malaquita y safranina, se utilizarán otros colorantes según el método que se utilice.
- Muestra: Se usa una muestra que proceda de un cultivo puro de la cepa que se va a estudiar. El cultivo se guarda en la estufa a 44°C o en una nevera a 8°C entre 24 o 48 horas, así estimularemos que el microorganismo produzca esporas. Si nos excedemos del tiempo de incubación solo se observarán exosporas ya que todas las endosporas habrán abandonado el bacilo.

TÉCNICAS DE COLORACIÓN DE ESPORAS:

TÉCNICA DE DORNER

- En un tubo de ensayo con agua destilada prepararemos una suspensión concentrada del microorganismo esporulado y le añadimos un mismo volumen de un filtrado de fucsina fenicada de Kinyoun.
- En un baño que contenga agua en ebullición introducimos el tubo de ensayo durante 5 a 10 minutos.
- Mezclamos una gota de la suspensión en un portaobjetos con una gota de una solución acuosa de nigrosina al 10%, que previamente habremos hervido y fil-

trado. Extenderla y secar muy rápido con calor suave.

- Observar al microscopio con un objetivo de 100X. las células bacterianas se ven casi incoloras en un fondo gris oscuro y las esporas se verán teñidas en rojo.

TÉCNICA DE DORNER MODIFICADA

- Hacer una extensión, en un portaobjetos, de la suspensión del microorganismo esporulado y fijar al calor.
- Cubrir el portaobjetos con papel de filtro, una tira, y añadimos fucsina fenicada, con el mechero Bunsen calentarlo entre 5 a 7 minutos, generando vapores, después retiramos el papel.
- Lavar con agua y secar con papel absorbente.
- Cubrir con una capa fina de nigrosina al 10%, para lo que usaremos un portaobjetos o una aguja.
- Al observar al microscopio las esporas se observan teñidas de rojo y las células se verán incoloras sobre fondo gris.

TÉCNICA DE SHAEFFER-FULTON O WIRTZ-CONKLIN

- Con la suspensión de un microorganismo que ha esporulado se hace una extensión fina en un portaobjeto
- Fijar al calor.
- Podemos colocar una lámina de papel filtro sobre el portaobjeto y cubrir con una solución en agua al 5% de verde malaquita.
- Con un mechero Bunsen sobre la llama se calienta hasta que se desprenden vapores y se separa de la llama. Durante 6 a 10 minutos se repite la operación. Si la evaporación de verde malaquita es elevada se puede añadir más colorante.
- Al ver al microscopio la tinción se ven las esporas en color verde y los bacilos se ven de color rojo.

TÉCNICA DE MÖELLER

- Realizar un frotis con la suspensión de la muestra y cubrir con cloroformo durante dos minutos.
- Retirar el cloroformo.
- Con ácido crómico preparado al 5% se cubre la extensión y se deja 5 minutos.
- Se lava con agua destilada.
- Con carbol fucsina-fenicada se cubre la extensión y con el mechero Bunsen se calienta hasta que se emitan vapores, separar de la llama unos momentos y se ira repitiendo el movimiento durante 10 minutos.
- Lavar al agua.
- Decolorar con alcohol clorhídrico (etanol acidificado) durante 20 o 30 segundos.
- Lavar con agua.

- Realizar la contratinción añadiendo al frotis azul de metileno durante 5 minutos.
- Lavar con agua destilada.
- Secar y observar al microscopio.
- Se observa al microscopio las esporas coloreadas en rojo y los bacilos se verán teñidos de azul.

TÉCNICA DE MÖELLER MODIFICADA: EN AUSENCIA DE CALOR.

- La técnica de Möeller fue modificada por Hayama en 2007, sustituyen el calentar el colorante por añadir, por cada 10ml de solución de carbol fucsina-fenica, dos gotas de surfactante Tergitol 7
- Los resultados obtenidos son los mismos que en la tinción anterior, las esporas se observan rojas y los bacilos azules.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos descrito anteriormente existen géneros de bacterias que son capaces de producir en su interior esporas, que si permanecen en su interior se denominan endosporas y si salen al exterior se llaman exosporas. Estos elementos permiten a las bacterias resistir en condiciones desfavorables y aunque permanecen inactivas cuando las condiciones cambien y sean de nuevo favorables serán capaces de activarse.

De los géneros que producen esporas destacan el *Clostridium* y *Bacillus* que son causantes de patologías importantes en el ser humano, de ahí la importancia de la tinción de esporas, que nos permitirá llevar a cabo una identificación de estas bacterias y así poder comenzar con el tratamiento adecuado.

El color del que se tiñen las esporas nos ofrece una información útil y provechosa con la que podemos llevar a cabo la identificación del agente patógeno, ya que, al poder observar su existencia, su forma donde se encuentran situadas dentro del bacilo y si deforman o no a la célula vegetativa nos darían la información que necesitamos para saber el género del patógeno.

Clasificaremos las esporas en ovaladas o redondas, se pueden situar en el centro, en una posición terminal, subterminal o paracentral.

Con esta información podemos diferenciar algunas especies, por ejemplo:

- *Clostridium difficile* su espora es oval y está en posición terminal deformando al bacilo.
- *Clostridium tertium* no forma bacilo, se coloca en nivel terminal y es oval.
- *Clostridium botulinum*, el *C. histolyticum*. El *C. novy* y *C. septicum* sus esporas son ovales o redondas y deforman el bacilo.

- *Clostridium sordelli* su endospora está en posición central y la deformación es leve.

De todas las técnicas que hemos desarrollado con anterioridad la más utilizada es la de Shaeffer-Fulton o Wirtz-Conklin, que modifico el método para teñir esporas de Dorner que en 1922 creó el primer método de tinción de endosporas basado en el calentamiento, aunque esta parte de la tinción era muy larga, conseguía una tinción diferencial de endosporas teñidas en verde o azul y las células vegetativas en rojo.

La modificación que introdujo Shaeffer-Fulton es la utilización del mechero Bunsen, consiguiendo rapidez en el desarrollo de la tinción.

Los métodos más usados para la tinción de endosporas son el de Shaeffer Fulton y Klein, la diferencia entre ambos métodos son los colorantes utilizados:

- Shaeffer Fulton utiliza verde malaquita y safranina.
- Klein usa carbol fucsina y azul de metileno.

Con el método de Klein sucede como el Dorner, el tiempo empleado es superior al que se necesita para desarrollar la técnica de Shaeffer Fulton, por tanto, el más usado en microbiología es este último.

El tiempo de tinción del método Shaeffer Fulton es más rápido en comparación con el método de Klein, es por eso que la mayoría de los microbiólogos siguen el método Fulton.

También debemos reflejar en esta conclusión la importancia de la muestra con la que realizamos la tinción, debe ser un cultivo que se haya incubado durante 48 horas, ya que, en un cultivo con un periodo menor de incubación, cultivo joven, no se teñirían bien las endosporas.

Como en todas las prácticas que se realizan en un laboratorio las medidas implantadas por protocolos de seguridad deben ser seguidas y respetadas por el técnico de laboratorio. Sobre todo, en estas técnicas que conllevan la emisión de vapores, que son tóxicos y usados en periodos largos de tiempo incluso pueden llegar a ser cancerígenos.

6 Bibliografía

<https://www.microscopemaster.com/endospore-stain.html>

https://en.wikipedia.org/wiki/Endospore_staining

<https://iopscience.iop.org/article/10.1088/1742-6596/812/1/012066/pdf>

<https://microbiologyinfo.com/endospore-staining-principle-reagents-procedure-and-result/>

<https://www.asmscience.org/content/education/protocol/protocol.3112>
<https://microbeonline.com/endospore-staining-principle-procedure-results/>
<https://www.lifeder.com/tincion-de-esporas/>
<https://docenciamicrobiologia.umh.es/indice-de-practicas/8-observacion-microscopica/tincion-de-esporas/>
<https://ladonabacteriablog.wordpress.com/2016/12/02/practica-8-tincion-de-esporas-metodo-de-wirtz-o-verde-malaquita/>
<https://practicasdemicrobiologia.wordpress.com/2019/10/27/p-no8-tincion-de-esporas/>
<https://definicion.edu.lat/academia/DC72D723BC76F24703DA298DD51E870E.html>
<https://sites.google.com/a/goumh.umh.es/practicas-de-microbiologia/indice/observacion-microscopica/tincion-esporas>
<https://microbiologynote.com/es/resultado-del-procedimiento-del-principio-de-tinci%C3%B3n-de-endosporas/>
<https://microbiologeaconjoseangel.wordpress.com/2017/12/14/practica-9-tincion-de-esporas-tincion-de-wirtz-conklin/>
<http://www.bio-nica.info/biblioteca/TincionBacterias.pdf>

Capítulo 443

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) EN HOSPITALIZACIÓN

NAROA MARIA VILLANUEVA LOPEZ

LORENA COBO GONZÁLEZ

1 Introducción

Para ser técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), se ha de cursar una formación de grado medio. Forman parte del personal sanitario. En el decreto 546/1995 se recogen las directrices principales que corresponden a este título. Consta de una parte teórica y otra práctica, esta última se imparte en centros de trabajo. Con esta titulación se puede ejercer la profesión tanto en centros privados como en públicos. El Tcae debe regirse por los protocolos de trabajo que estén establecidos por cada centro y seguir las instrucciones enfermeras y médicas.

Algunos de los lugares donde puede un Tcae ejercer su profesión son: Clínicas dentales, hospitales generales o especializados, residencias geriátricas, centros de atención primaria, etc.

Debe poseer determinadas actitudes y aptitudes para un buen desempeño de su profesión, mostrando empatía, amabilidad, discreción, poseer habilidades comunicativas, aportar confianza al paciente, ser asertivo, mostrar una actitud optimista ante las diversas circunstancias que pudieran acontecer y saber trabajar en equipo, entre otros...

La planta de hospitalización es un área dentro del hospital, donde se hallan los pacientes ingresados que precisan cuidados tanto médicos como enfermeros para tratar sus dolencias. Existen distintas plantas en función del diagnóstico, como puede ser la planta de traumatología, neonatos, cirugía, psiquiatría, etc.

2 Objetivos

- Conocer las distintas especialidades existentes en el área de hospitalización.
- Comprender las funciones del Tcae en el área de hospitalización.

3 Metodología

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

4 Resultados

Se define hospitalización, según la OMS, como la estancia de pacientes bajo la aprobación médica para el tratamiento y seguimiento de las dolencias. Dentro del servicio de hospitalización se distinguen, distintas plantas según su diagnóstico. Algunos ejemplos son: Neurocirugía, cirugía cardiovascular, pediatría, otorrinolaringología, medicina interna y cirugía general, entre otras...

Se distinguen tres tipos de ingresos hospitalarios:

- Ingreso urgente: El paciente ingresa en una situación grave de salud.
- Ingreso programado: Previamente ya ha sido citado con fecha y hora.
- Ingreso intrahospitalario: Son los derivados de otros hospitales.

En las áreas de hospitalización trabajan distintos profesionales, tanto sanitarios como no sanitarios: Tcaes, médicos, enfermeros, servicio de limpieza, servicio de mantenimiento y celadores.

Para el correcto desempeño de las funciones del Tcae en esta área, este debe trabajar en coordinación con los enfermeros y médicos. El Tcae debe mostrarse disponible en todo momento para lo que precisen los pacientes, tanto para asearlos, como para darles las comidas, acercarles los enseres personales, hacerles la

cama, subir o bajar el respaldo de la cama o del sillón, en definitiva, crear un ambiente cómodo y confortable en la medida de lo posible. Se deberá preservar en todo momento la intimidad del paciente y no dar en ninguna información sobre el paciente a familiares ni acompañantes. Normalmente, el Tcae, es el primer contacto que el paciente tiene a su llegada al hospital. Recibido y triado, se le identifica con una pulsera y si fuese necesario, se le ayuda a vestirse y desvestirse para su posterior ingreso en el área correspondiente. Es de vital importancia observar el nivel de dependencia del mismo para prestarle la atención que necesite. Se procederá a su traslado por parte del celador hacia la planta asignada. A su llegada, será asistido por el enfermero y el Tcae encargados del paciente.

5 Discusión-Conclusión

El papel del Tcae en el área de hospitalización es clave para el buen desarrollo y el perfecto funcionamiento del mismo. Es de vital importancia que el Tcae se muestre disponible con el paciente y lo ayude en aquello que precise en todo momento. Junto con enfermeros y médicos, conforman el equipo idóneo para el cuidado de la salud diaria de los pacientes. Es tan importante su presencia entre el equipo de sanitarios, que al ser continua su relación en interacción con el paciente, éste se puede decir que hace de apoyo o soporte del mismo a lo largo de toda la estancia en el hospital.

6 Bibliografía

1. Cuáles son las principales funciones de un Tcae. (Internet) (Citado 1 Sept.23). Disponible en <http://salusplay.com>
2. Las 11 funciones del Tcae en planta hospitalaria. (Internet) (Citado 1 Sept. 23). Disponible en <http://www.es.indeed.com>
3. Funciones del auxiliar de enfermería (Tcae). ¿Qué hace exactamente? (Internet) (Citado 1 Sept. 23). Disponible en <http://www.titulae.es>
4. Papel de la Tcae en la acogida del paciente en la unidad de hospitalización. (Internet) (Citado 1 Sept. 23). Disponible en <http://www.campusfunciden.com>
5. Tipos de ingreso hospitalario. (Internet) (Citado 1 Sept. 23). Disponible en <http://www.google.com/search>
6. Figura de un Tcae ante un ingreso hospitalario. Editorial Ocronos. (Internet) (Citado 1 Sept. 23).

Disponible en <http://www.revistamédica.com>

Capítulo 444

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN ESTERILIZACIÓN HOSPITALARIA

NAROA MARIA VILLANUEVA LOPEZ

LORENA COBO GONZÁLEZ

1 Introducción

Según la Organización mundial de la salud (OMS), se define el término “esterilización” como el procedimiento para higienizar el material hospitalario y que este se encuentre en condiciones óptimas para su uso, destruyendo todo tipo de agente patógeno y no patógeno.

En el entorno hospitalario se encuentran un gran número de microorganismos, los cuales pueden provocar distintos tipos de enfermedades e infecciones.

Esta área es de suma importancia para el control de las infecciones nosocomiales. Dentro del área de esterilización trabajan distintos perfiles profesionales sanitarios. Todos ellos deben de estar perfectamente coordinados y seguir los protocolos establecidos. Esta unidad recibe el material para su esterilización proveniente de todo el hospital y su objetivo es devolverlo en perfecto estado para su posterior uso.

El principal cometido del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) es procesar la higienización, descontaminación y esterilización del material, empleando productos especiales para cada tipo de material, ya que no todos ellos pueden ser acondicionados ni manipulados del mismo modo.

Aparte del trabajo manual, también se utilizan distintos y variados equipos, como son el autoclave, el óxido de etileno y la cuba de ultrasonidos, entre muchos otros, debiendo de conocer su funcionamiento y para qué tipo de material es utilizado cada uno de ellos.

2 Objetivos

- Identificar las competencias del Tcae en el área de esterilización.
- Distinguir los diversos procedimientos realizados en la zona de hospitalización.

3 Metodología

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

4 Resultados

El Tcae realiza una labor esencial en el área de esterilización, es el trabajador responsable de la perfecta esterilización de todo el material, evitando cualquier error en este proceso y protegiendo tanto así mismo como a los demás de los restos biológicos del paciente, hayedos en el instrumental.

En primer lugar, recepcionará el material, seguidamente se ordenará, supervisará y empaquetará adecuadamente. Se procederá a la esterilización, revisando el proceso, evitando errores. Al finalizar se reunirá todo el material y se repartirá por las distintas áreas a través del montacargas limpio, listo para un nuevo uso. En esta área se distinguen dos zonas llamas: zona limpia y zona sucia. En la zona sucia se recogerá y clasificará todo el material pendiente de esterilizar. Se procederá a la limpieza manual o con ultrasonidos. Se secará y empaquetará para introducirlos en las máquinas esterilizadoras. Seguidamente se pasarán a la zona limpia donde se almacena y reparte el material.

Existen dos tipos de métodos empleados: los físicos y los químicos.

Métodos físicos:

- Horno Pasteur: En él se introduce el material sobre unas bandejas. A través de un termostato se regula la temperatura, es un método en desuso.
- Autoclave: Utiliza el vapor a altas temperaturas durante un corto periodo de tiempo. Se comprueba su efectividad a través de una prueba llamada bowie-dick, realizada a diario. Existe una variante de menor tamaño llamada, miniclave.
- Radicaciones ionizantes: Utiliza rayos gamma muy efectivos en la destrucción de gérmenes. No son muy utilizadas.

Métodos químicos:

- Óxido de etileno: Este compuesto se encuentra de manera líquida o gaseosa a distintas temperaturas y con un tiempo de exposición variable.
- Glutaralherido: Normalmente usado en frío. Gran capacidad frente al exterminio de microbios. Desinfectante de alta eficacia, pero con un largo tiempo de exposición (Varias horas). Se finalizará el proceso con el aclarado del material en agua destilada.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo que lleva a cabo el Tcae en el área de esterilización es de suma importancia debido a que es un profesional sanitario que interactúa en todo momento con el material del hospital. Debe saber su función y saber cuál es la forma correcta de manipularlo en todo momento. De esto se encarga la presente área, de higienizar todo el material sanitario, de tal manera que no quede ningún tipo de microorganismo o patógeno que pudiese poner en peligro al paciente mediante el uso del instrumental por parte del equipo médico o del equipo enfermero que lo necesitase manipular.

6 Bibliografía

- 1.Funciones del Tcae en el servicio de esterilización. Editorial Ocronos (Internet) (Citado 9. Oct. 23). Disponible en <https://revistamedica.com>.
2. Hospital universitario reina Sofia. (Internet) (Citado 9. Oct. 23). Disponible en <https://sspa.juntaandalucia.org>.
3. El trabajo del auxiliar de enfermería en el servicio de esterilización hospitalaria. Editorial Ocronos (Internet) (Citado 9. Oct. 23). Disponible en <https://revistamedica.com>.

Capítulo 445

EDEMA AGUDO DEL PULMÓN.

NURIA FERNÁNDEZ PARRA

PEDRO PEREZ LOPEZ

1 Introducción

Este tipo de afección suele ser una de las urgencias agudas más comunes dentro del sistema hospitalario. Anatómicamente, sabemos que el corazón funciona de manera normal como una bomba única que contiene ventrículos y aurículas, las cuales suelen ser sus estructuras funcionales, aunque sean anatómicamente distintas, ya que la parte izquierda es más fuerte, pero nos brinda el riego sanguíneo necesario para poder continuar con la vida.

En condiciones patológicas, en la mitad del corazón falla, mientras que la otra desafortunadamente funciona trabajando excesivamente y solo podrá llevar a cabo este ritmo durante poco tiempo. Esto va a provocar una insuficiencia aislada en el lado izquierdo del corazón. Por su gran importancia, el edema agudo de pulmón, aunque también es conocido como una insuficiencia ventricular izquierda aguda, suele ser uno de los cuadros clínicos que se puede producir en etapa muy avanzada en cuanto a la congestión pulmonar. Esta patología implica un fallo repentino de las cavidades izquierdas del corazón, esto normalmente suele dar como resultado disnea severa.

El debilitamiento del ventrículo izquierdo puede llegar a tener diversas causas, algunas de ellas son infarto de miocardio, arritmias graves, estas suelen afectar además el rendimiento del ventrículo izquierdo, hipertensión arterial, enfermedades de las válvulas aórticas y mitrales, además de enfermedades coronarias miocarditis, entre muchas otras y en los niños. Además, cardiopatías congénitas.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es describir el proceso de identificación de los signos y síntomas presentes en el edema agudo de pulmón.

3 Metodología

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

4 Resultados

El edema agudo de pulmón suele ser una de las principales manifestaciones de signos severos de problemas en el ventrículo izquierdo y aparecen principalmente por la noche. Esta enfermedad no presenta signos previos, es asintomática, aparece de manera repentina.

El paciente puede despertarse sobresaltado, experimentando algún tipo de malestar intenso, muchas veces estés confundido con gastritis. El factor más importante es que va acompañada de tos seca ante este tipo de situaciones. El paciente tiende sentarse en la cama, observando, que tiene sudoración abundante y una sensación de opresión en el pecho. Estos signos y síntomas prodrómicos que pueden incluir, además, ansiedad, inquietud, disnea, dificultad para respirar, tos y que puede ser o también puede no ser productiva. Estos síntomas pueden ir agravándose y en unos minutos el paciente puede encontrarse en una crisis. Los síntomas del edema agudo de pulmón podrían enterar rápidamente y esto generaría una crisis en el paciente. Alguno de estos signos de agravamiento son muy visibles, por ejemplo, validez, aumento de pánico, distensión en las venas del cuello, mayor ansiedad y esto puede llevar a un estado de estupor.

- Asma bronquial: es una bradipnea espiratoria, caracterizada por estertores roncacos y sibilantes con presencia de esputos perlados.
- Embolia pulmonar: comienza también de forma brutal, pero es dolorosa, con presencia de hemoptisis.
- Neumotórax espontáneo: es aún más dolorosa, el examen físico es excluyente.

Se deben llevar a cabo cuidados como:

- Actividad física: fomentar el reposo del paciente semisentado, con los pies abajo, si su estado lo permite.
- Oxigenoterapia.
- Monitorización cardíaca: valorar presencia de arritmias.
- Monitorización hemodinámica.

En el edema agudo del pulmón, una vez que se identifica, debemos fomentar al paciente una conducta adecuada en el lecho y permitirle sentarse con los pies hacia abajo (posición 90 %) si el estado del paciente lo permite, favoreciendo así la capacidad ventilatoria, evitando la compresión del abdomen sobre el diafragma y disminuir el retorno venoso al corazón.

5 Discusión-Conclusión

Finalmente, el edema agudo de pulmón suele ser una de las patologías más comunes que desafortunadamente tiene síntomas muy notables que no deben ni pueden pasarse por alto, ya que se ponen en peligro la vida del paciente. La capacidad del personal sanitario debe de ser fundamental y comprometida para poder proporcionar los cuidados necesarios para este tipo de pacientes con esta patología. Esta patología suele representar una de las mayores situaciones de emergencia y urgencia en cuanto a un diagnóstico y tratamiento rápido, asertivo y efectivo.

Del mismo modo, cabe señalar que este tipo de enfermedad tiene una evaluación completa de diversas categorías del personal sanitario, por lo tanto, es fundamental el trabajo en equipo para poder llevar a cabo un tratamiento y un diagnóstico efectivo, los cuales reducirán el riesgo de un posible desastre fatal en la vida de un paciente. Cabe señalar que ante una patología como esta siempre se van a priorizar las necesidades del paciente, destacando principalmente la rápida actuación.

6 Bibliografía

1. Colmenero Ruíz, M., Fernández Mondéjar, E., García Delgado, M., Rojas, M., Lozano, L., & Poyatos, M. E. (2006). Conceptos actuales en la fisiopatología, monitorización y resolución del edema pulmonar. Medicina intensiva,

30(7), 322–330. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912006000700003.

2. Edema agudo de pulmón. (s/f-a). <https://www.cun.es>.

Recuperado el 16 de octubre de 2023, de <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/edema-agudo-pulmon>.

3. Edema agudo de pulmón. (s/f-b). Fesemi.org. Recuperado el 16 de octubre de 2023, de <https://www.fesemi.org/informacion-pacientes/conozca-mejor-su-enfermedad/edema-agudo-de-pulmon>.

4. Edema pulmonar. (2022, julio 19). Mayo Clinic. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/pulmonary-edema/symptoms-causes/syc-20377009>.

Capítulo 446

LAS TINCIONES QUE SE UTILIZAN EN EL LABORATORIO DE HEMATOLOGÍA Y EL PAPEL DE TÉCNICO SUPERIOR DE LABORATORIO

TAMARA CABO MARTÍNEZ

1 Introducción

El frotis sanguíneo es una técnica muy usada en los laboratorios de hematología y es imprescindible que los técnicos de laboratorio que sepa realizarlas. Consiste en disponer una capa fina de muestra sanguínea sobre un portaobjetos, para, posteriormente, realizar una tinción de la muestra y así, se podrá hacer un estudio desde el punto de vista morfológico de los diferentes cuerpos celulares que hay en la muestra.

Para poder llevar a cabo una tinción, es importante habrá que realizar una buena tinción, si no se realiza correctamente, no se podrá diagnosticar correctamente una patología al paciente. Existen distintos métodos para realizar las extensiones como la técnica del portaobjetos en cuña y el método del cubreobjetos.

Tras haber realizado la extensión debe comprobarse que esté bien hecha, debe ser lisa, con bordes separados al menos 1 mm de los bordes del portaobjetos, no debe tener rayas ni agujeros y debe tener una reducción progresiva del grosor. También debe poder distinguirse 3 zonas:

- Cabeza: zona más gruesa e inicial de la extensión. Existe mayor proporción de linfocitos.
- Cuerpo: corresponde a la zona media de la extensión. Es la zona recomendada para proceder al estudio de las células.

-Cola: es la parte final de la extensión, termina de forma ligeramente redondeada. Los eritrocitos se encuentran acordonados entre sí y muy separados unos de otros. Se pueden observar plaquetas y leucocitos grandes.

Tras haber finalizado la extensión, puede comenzarse con la tinción. Existen diferentes tipos de tinciones, tanto para sangre periférica como para médula ósea. En sangre periférica suelen usarse colorantes y en médula ósea se usan principalmente tinciones citoquímicas, que son reacciones químicas que van a dar lugar a productos coloreados, manifestando así, los diferentes componentes celulares.

2 Objetivos

Explicar los distintos tipos de tinciones que hay en la sangre periférica y en médula ósea, así como sus usos.

Describir la vista que tienen las células tras la tinción.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica 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

Las tinciones convencionales para extensiones sanguíneas son:

- May Grünwald-Giemsa: es una de las tinciones más utilizadas, consiste en la aplicación de dos colorantes que van a teñir los componentes celulares en función de sus afinidades. Estos colorantes son: May-Grünwald, que consiste en una solución de azul de metileno, es un colorante básico que teñirá los componentes celulares ácidos (llamados basófilos), como, por ejemplo, núcleos, estas estructuras cogen un color azulado. El otro colorante es Giemsa, que se trata de una solución de eosina, es un colorante ácido con afinidad por los componentes celulares básicos (llamados eosinófilos), estas estructuras son teñidas de un color rosado-rojizo, como, por ejemplo, la hemoglobina.

- **Tinción de Wright:** es una práctica similar a la anterior, con la diferencia que solo usa un tipo de colorante. Se trata de una mezcla de eosina con azul de metileno y derivados en metanol.

Como resultado final, en estas dos tinciones podremos visualizar las siguientes estructuras con sus coloraciones:

- **Eosinófilos:** sus gránulos se teñirán de color rojo-anaranjado.
- **Basófilos:** sus gránulos se teñirán de color rojo azul oscuro.
- **Neutrófilos:** los gránulos serán de un color azul claro grisáceo.
- **Eritrocitos:** color rosa-rojizo.
- **Núcleo de las células:** se observará de color azul.

Las tinciones supravitales son: **Tinción con azul cresil brillante.** Es un tipo de tinción especial que se realiza en sangre, cuya misión es la visualización de reticulocitos en sangre, que son eritrocitos inmaduros. Este tipo de tinción no necesita que se fije antes. Utiliza como colorante el azul cresil brillante que teñirá restos de ARN (ácido ribonucleico) y orgánulos celulares de los reticulocitos.

Las tinciones en la médula ósea son:

- **Tinción de la fosfatasa alcalina:** la fosfatasa alcalina es una enzima presente en los granulocitos. Esta prueba consiste en hacer una hidrólisis de sustratos (ejemplo, ácido fosfórico), que a pH alcalino va a producir productos intermedios y con la ayuda de una sal diazoica (como el fast blue), va a dar un precipitado de color pardo negruzco. Esta tinción se utiliza principalmente para detectar la actividad de los gránulos de los neutrófilos. Se realiza un recuento de 100 neutrófilos y, a cada uno, se le da una puntuación del 0 al 4, dependiendo de la intensidad de color del precipitado formado. Esto es lo que se le denomina índice FAG (índice de fosfatasa alcalina granulocitaria). La principal utilidad de esta prueba es el diagnóstico de leucemia mieloide crónica, donde el índice FAG (índice de fosfatasa alcalina granulocitaria) se encuentra bajo. En la reacción leucemoide neutrofilica y en la Policitemia verá, por el contrario, el índice FAG (índice fosfatasa alcalina granulocitaria) se encuentra alto.

- **Tinción de la fosfatasa ácida:** es una enzima con localización lisosómica. Se basa en la hidrólisis del sustrato naftol AS Bi-fosfato, por actividad de esta fosfatasa ácida cuando reacciona con una sal diazoica, que dan lugar a un precipitado insoluble de color rojo. Esta tinción es especialmente útil para el diagnóstico de tricoleucemia, o también llamada leucemia de las células vellosas. También se usa como diagnóstico de distinción entre la leucemia linfocítica aguda de células T y leucemia linfocítica aguda de células B

- **Tinción de Perls o azul de Prusia:** esta tinción se utiliza para visualizar el hierro intracelular. Se basa en el empleo de ferrocianuro potásico que disuelto en ácido

va a dar un compuesto azul. Se emplea principalmente para observar depósitos de hemosiderina en macrófagos y a los sideroblastos, dado que si se observa un porcentaje elevado podría existir sospecha de anemia. Esta tinción también se puede utilizar en sangre periférica si se quiere observar depósitos de hierro en los eritrocitos.

- Tinción de PAS: Utiliza como reactivo el ácido periódico de Schiff. Se pondrá de manifiesto el glucógeno y mucopolisacáridos del citoplasma celular con un color rojo púrpura intenso. El principal uso de esta tinción es la del diagnóstico de los diferentes tipos de leucemia linfoblástica aguda y de la eritroleucemia
- Tinción Negro Sudán: es una tinción no enzimática bastante útil para la patología mielóide. Se tiñen los lípidos, fosfolípidos, esteroides y grasas neutras de un color gris muy oscuro, llegando incluso a coloración negra. Es una tinción útil para diferenciar los distintos tipos de leucemias mieloides agudas
- Tinción de la mieloperoxidasa: la mieloperoxidasa es una enzima que se encuentra en la granulación primaria azurófila de las células mieloides. La tinción consiste en una reacción oxidante entre la peroxidasa y un sustrato, la benzidina, que va a teñir de color marrón o amarillo los gránulos de los neutrófilos, eosinófilos y monocitos. La principal utilidad de esta tinción es la diferenciación entre la leucemia mieloblástica que es mieloperoxidasa positiva y la leucemia linfoblástica que es mieloperoxidasa negativa.

5 Discusión-Conclusión

La observación al microscopio de la morfología de las células sanguíneas es una práctica que se hace todos los días en el laboratorio hematológico y tiene un elevado valor para el diagnóstico, especialmente para distinguir los diferentes tipos de anemias que existen, observar la morfología anómala que tienen los hematíes y leucocitos y controlar si existen anomalías en el interior de estas células.

El empleo de tinciones citoquímicas tiene un elevado valor, sobre todo, en el estudio de las leucemias. Gracias a ellas se puede realizar un diagnóstico rápido del tipo de patología que tiene el paciente, además de distinguir si se trata de leucemia mielóide aguda o crónica o leucemia linfóide aguda o crónica.

6 Bibliografía

1. Óscar Jodra, Hematología. Estudio de la sangre. Análisis básico. Disponible en: <https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/>

54724170/01-Analisis_basico-libre.pdf 1508092712=&responsecontentdis-
position=inline%3B+filename%3DHematologia_El_estudio_de_la_sangre_-
Anal.pdf&Expires=1686247397&Signature=f2UYRT0WaWJ3gDdOrjGJwAQxR4eXnLv3k0KgL5v
rW8Y82kzH9WyZW6BoWFeAmZdLLD2- pv6t7ZcrQ6tjXNDZbmMKTa6n56mlwcpap6iqalhxpxQ
_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA.

2.Álvarez-Argüelles H, Raya Sánchez JM, García Hernández S, Martín Santos T,
Brito Barroso ML, Martín Herrera A, et al. Correlación entre los depósitos de
hemosiderina en biopsias de médula ósea y marcadores séricos de hierro corporal:
tinción de Perls. Disponible en: [https://www.sciencedirect.com/science/article/
abs/pii/S1699885512000542](https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1699885512000542).

Capítulo 447

COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE): UTILIDADES E INDICACIONES PARA PACIENTES CON COLEDOCOLITIASIS

ALBA BRISA RAMÍREZ

ALICIA BALLESTEROS AMORES

CLAUDIA BUJÁN GRANADOS

MARIA PANIZO CORCHERO

TAMARA RUIZ MADEJON

1 Introducción

La coledocolitiasis es una patología en la que se da la presencia de cálculos que se han formado en el colédoco o que se han desplazado en los conductos biliares procedentes de la vesícula biliar.

Los métodos de diagnóstico inicial destacan la ecografía transabdominal (US) valorando el diámetro del colédoco como un parámetro indicativo de coledocolitiasis. Se considera anormal cuando el diámetro es superior a 8 mm (obstrucción biliar) con este dato la sensibilidad de esta prueba es del 77%-87%. Otra prueba a destacar es la colangiografía a través de la resonancia magnética (RM) que para cálculos mayores de 1 cm tiene una sensibilidad del 100%.

El procedimiento por excelencia para el tratamiento de los cólicos biliares es la CPRE. Es un procedimiento que combina la imagen radiológica con la endoscopia esofagogastroduodenal. Sus utilidades son varias, pero vamos a destacar el uso para el tratamiento de cólicos biliares. Consiste en introducir el tubo endoscópico a través del esófago hasta llegar al duodeno, donde se encuentra la ampolla de Vater. A través de esta obertura, se introduce las pinzas de manejo endoscopio hasta llegar al cólico biliar a través del conducto colédoco. Con un sistema de globo se arrastra las piedras hasta expulsarlas por el duodeno.

2 Objetivos

1. Comprender el procedimiento CPRE y las indicaciones y utilidades.
2. Conocer la patología de los cólicos biliares.
3. Identificar los factores de riesgo y la simptomología del paciente con coledocolitiasis.

3 Metodología

Siguiendo las pautas de un artículo de revisión, nos hemos validado de libros, artículos científicos, guías clínicas, protocolos de actuación de hospitales públicos de Madrid, asociaciones españolas de medicina y de casos clínicos de diversas bases de datos y de páginas web como Google Academy, PubMed, Medline y Scielo.

Se han seleccionado los artículos científicos con contenido relacionado con el tema de estudio.

4 Resultados

La coledocolitiasis es una patología consistente en la obstrucción del conducto colédoco, cuya etiología es la presencia de piedras o barro biliar con la consiguiente obstrucción del paso de la bilis al duodeno.

Los factores de riesgo que aumentan el riesgo de formación de cálculos o barro en el interior del conducto colédoco son:

- El sexo (más frecuente en mujeres - 60%).
- La edad (mayor riesgo en pacientes añosos, por encima de los 70 años).
- Historia familiar y genética de coledocolitiasis.

- Diferentes situaciones como: embarazo, obesidad, toma de estrógenos, pérdida rápida de peso, diabetes, cirrosis, o el tratamiento con ciertos fármacos.

La mayoría de los cálculos (85%) son menores de 1 cm de diámetro y pueden ser extraídos por métodos estándar endoscópicos mediante la realización de una papilotomía (se realiza un corte o precorte en la papila para facilitar la salida de la bilis en el duodeno) añadida o no a extracción con balón. El 10-15% restante son casos complejos debido al mayor tamaño de los cálculos, variaciones anatómicas o presencia de cirugías previas, tales como la gastrectomía tipo Billroth III con reconstrucción en "Y" de Roux; en estos casos el tratamiento de elección será la exploración quirúrgica de la vía biliar.

- Consideraciones para usar CPRE en pacientes con alto riesgo:
- Coledocolitiasis diagnosticada con US.
- Colangitis (infección de conductos biliares).
- Bilirrubina mayor de 4 mg/dl.
- Bilirrubina entre 2,8 mg/dl-4 mg/dl y ver la vía biliar dilatada en la ecografía.

En pacientes con riesgo intermedio:

- Bilirrubina entre 2,8-4 mg/dl o vía biliar dilatada por US.
- Elevación de transaminasas.
- Personas mayores de 55 años.
- Clínica de pancreatitis biliar que no tenga criterios de alto riesgo.

Las complicaciones más frecuentes de la CPRE son: la pancreatitis aguda (5%) hemorragia (2%), infecciones y perforaciones (1%).

5 Discusión-Conclusión

La coledocolitiasis es una patología que afecta el paso de la bilis en el duodeno. El tratamiento más eficaz es romper los cólicos que obstruyen el colédoco a través de la CPRE. Tiene más probabilidad de padecer una coledocolitiasis mujeres que los hombres.

En la actualidad, la CPRE es el método de elección más ampliamente utilizado para el tratamiento de la coledocolitiasis. Se considera un procedimiento terapéutico para distintas patologías relacionadas con el conducto biliar. Hay que tener en cuenta las complicaciones que pueden derivar del manejo de este procedimiento, pero la probabilidad de mejora es mayor que la incidencia de dichas complicaciones.

6 Bibliografía

1. Lizarazo Rodríguez, Jorge Iván. Reflexiones acerca de las indicaciones de CPRE en pacientes con sospecha de coledocolitiasis. Rev. Col Gastroenterol [Internet]. Diciembre de 2011 [consultado el 4 de octubre de 2023]; 26(4): 239-242.
2. Coca Calle, Vanessa Nicole; Freya Anguida, Kelly Goimar. Complicaciones de la Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). Riobamba, Ecuador: Universidad Nacional de Chimborazo; 2023. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/11402>.
3. Espinel J., Pinedo E. Coledocolitiasis. Rev esp enferm excavar. [Internet]. Julio de 2011 [citado 6 de octubre de 2023]; 103(7): 383-383.
4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
5. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
6. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 448

EL LABORATORIO CLÍNICO EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS MENTALES

MARIA LOPEZ HERRERO

1 Introducción

Según la definición dada por la Federación Mundial de la Salud Mental en 1962, “Salud mental es el estado que permite el desarrollo óptimo físico, intelectual y afectivo del sujeto en la medida en la que no perturbe el desarrollo de sus semejantes”.

La alteración en la regulación de las emociones, la cognición y el comportamiento de las personas, asociado a angustia y/o disfunción en las diferentes áreas ocupacionales, que pueden dar lugar a una disminución de la autonomía personal para la realización de las actividades de la vida diaria (AVDs), son las principales características de las enfermedades mentales. Los trastornos mentales más frecuentes son la ansiedad y los trastornos depresivos (1). En 2019, 970 millones de personas padecían una enfermedad mental y tras la pandemia del COVID19 (SARS-CoV-2) aumentaron un 26% los trastornos de ansiedad y un 28% en los trastornos depresivos graves en solo un año (2).

Para la clasificación de las enfermedades mentales se utiliza el DSM-V (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) de la American Psychiatric Association y CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) de la OMS, dedicada a los “Trastornos mentales y del comportamiento”. El diagnóstico se complementa con la entrevista clínica en la que se abordan las siguientes cuestiones: enfermedad actual, antecedentes psiquiátricos, la historia psicosocial y la exploración psicopatológica.

El laboratorio de diagnóstico clínico tiene un papel importante en la detección y tratamiento de la enfermedad mental. Inicialmente, los profesionales de la psiquiatría introdujeron pruebas para posibilitar la evaluación diferencial de trastornos psiquiátricos secundarios, para posteriormente realizar determinaciones para el cribado de nuevas patologías y ofrecer apoyo al diagnóstico primario de enfermedades como la depresión o la esquizofrenia.

2 Objetivos

- Describir las diferentes determinaciones analíticas que contribuyen a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales.
- Destacar la importancia de los análisis de sangre, orina y otros estudios en la evaluación del estado físico de los pacientes y su impacto en la salud mental.

3 Metodología

Para la creación de este proyecto, se ha llevado a cabo un análisis que implica revisar la literatura científica disponible. Se realizó una búsqueda metódica de libros y se consultaron artículos en las principales fuentes de información, como Pubmed, Medline y Scielo, eligiendo investigaciones científicas provenientes de publicaciones académicas con revisión por expertos.

4 Resultados

Podemos encontrar diferentes determinaciones analíticas que contribuyen a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales, entre las que destacan:

1. Análisis de neurotransmisores
 - Serotonina: se relaciona con trastornos del estado de ánimo como la depresión, la regulación del sueño y los trastornos de ansiedad.
 - Dopamina: se asocia a esquizofrenia y TDAH (trastorno por déficit de atención e hiperactividad).
 - Noradrenalina: niveles alterados pueden relacionarse con estrés postraumático y ansiedad.
 - GABA (ácido gamma-aminobutírico): está relacionado con trastornos de ansiedad y epilepsia.
 - Glutamato: Niveles alterados pueden asociarse a esquizofrenia.

- Endorfinas: regulan el estado de ánimo, se relacionan con la sensación de bienestar y el alivio del dolor.

2. Análisis de glucosa

El análisis de glucosa se utiliza para la evaluación de la diabetes mellitus. La hiperglucemia se asocia a delirium, principalmente si hay cetoacidosis diabética. Niveles bajos de glucosa pueden ocasionar trastornos del estado del ánimo y de la ansiedad, agitación, angustia y delirium.

3. Pruebas de función hipotálamo-hipofiso-suprarrenal

- Cortisol: niveles elevados de cortisol se han asociado con trastornos del estado de ánimo, como la depresión y la ansiedad, trastornos afectivos, así como con enfermedades crónicas como la obesidad, la diabetes y enfermedades cardiovasculares. Enfermedad de Addison, cuando el cortisol se encuentra por debajo de 5 mg/ml y enfermedad de Cushing, cuando están por encima de 20 mg/dl. Las depresiones graves están relacionadas con una disminución de la variación diurna de cortisol.

- La prueba de inhibición utilizando dexametasona, se emplea para confirmar el diagnóstico de la depresión mayor o endógena.

4. Hormonas tiroideas

La psicosis, el delirium, los trastornos de ansiedad, la demencia, los trastornos del estado de ánimo o el pánico están asociados a alteraciones en las glándulas tiroideas. Se lleva a cabo una evaluación que incluye la medición de la hormona estimulante de la tiroides (TSH), los anticuerpos contra la tiroglobulina y la peroxidasa TPO o microsomales, la triiodotironina libre (T3L) y la tiroxina libre (T4L). El 10% de las personas hospitalizadas en las unidades de psiquiatría tienen alteradas las pruebas de la función tiroidea, que suelen volver a sus valores normales con el tiempo. Concretamente en el trastorno depresivo, un 8% de las personas presenta alguna forma de alteración en dichos parámetros (3).

5. Análisis Toxicológicos

Algunas drogas de abuso como la cocaína, el alcohol, los opiáceos, las anfetaminas y los alucinógenos, ocasionan síntomas depresivos, ansiedad y psicosis, entre otros.

6. Test de VIH (virus de inmunodeficiencia humana)

La infección por VIH puede afectar al sistema nervioso central, provocando alteraciones cognitivas y de la personalidad.

7. Hepatitis

Las distintas clases de hepatitis pueden generar síntomas relacionados con la salud mental como psicosis, alteraciones del estado de ánimo o ansiedad.

8. Función Renal

El nitrógeno uréico en niveles elevados se relaciona con estados de delirio y confusión. Las pruebas de la función renal ayudan a determinar la posible toxicidad de ciertos tratamientos o sustancias consumidas por el paciente.

9. Insuficiencia Cardíaca

Algunos tratamientos para la insuficiencia cardíaca pueden provocar síntomas depresivos. Vivir con insuficiencia cardíaca también puede tener un impacto significativo en la capacidad del paciente para manejar el estrés emocional y psicológico. La elevación de BNP en el análisis de sangre se asocia con la presencia de insuficiencia cardíaca.

10. Medicamentos psicotrópicos y monitorización en el laboratorio clínico

Es importante para poder ajustar la dosis y la frecuencia de estos medicamentos para asegurar su efectividad y minimizar los efectos secundarios. Por ejemplo, para monitorizar los niveles de litio, antidepresivos tricíclicos, anticonvulsivantes y antipsicóticos.

11. Biomarcadores y salud mental

En el caso de la esquizofrenia, los síntomas positivos, como las alucinaciones, delirios y comportamiento desorganizado, presentan una correlación positiva con los niveles de triglicéridos y una correlación negativa con los niveles de glucosa y ganancia de peso. Estos síntomas también se han asociado a algunos marcadores inmunoinflamatorios como IL-1 β (interleucina 1 beta), TGF- β (factor de crecimiento transformante beta), IL-6 (interleucina 6), TNF- α (factor de necrosis tumoral alfa) y PCR (proteína C reactiva) durante los episodios agudos.

En cuanto a los síntomas negativos, que implican una disminución de las habilidades habituales, se han relacionado positivamente con la presencia de la proteína S100B en suero, prolactina, colesterol HDL y marcadores inmunoinflamatorios como IL-6, IL-1 (interleucina 1), PCR y TNF- α . Por otro lado, se han encontrado correlaciones negativas con los niveles de serotonina, dopamina, nora-drenalina, triglicéridos, colesterol total, glucosa, ácido docosahexaenoico, estradiol y ácido araquidónico.

El deterioro cognitivo está relacionado con bajos niveles de actividad serotoninérgica y la existencia de algunos marcadores inmunoinflamatorios como TNF- α , homocisteína, IL-1, PCR e IL-6.

12. Alimentación y salud mental

La deficiencia de algunos nutrientes se ha relacionado con la demencia, depresión, alteraciones en la capacidad de concentración y la resistencia al tratamiento farmacológico psiquiátrico: hierro, vitamina B12 (psicosis, comportamiento paranoico, fatiga, agitación, alteraciones significativas en la personalidad, deterioro cognitivo y confusión), folato, magnesio, vitamina D, selenio, calcio o ácidos grasos esenciales, entre otros.

13. Ionograma

Calcio en la sangre: la hipercalcemia puede estar relacionada con síntomas como psicosis, trastornos del estado del ánimo. Por su parte los niveles elevados de calcio están asociados a irritabilidad, delirio y depresión.

El bicarbonato en la sangre puede estar disminuido en trastornos de pánico e hiperventilación y elevado en casos de bulimia.

5 Discusión-Conclusión

Existe una carencia importante respecto a las necesidades de atención de las personas que padecen trastornos mentales graves y duraderos, ante la cual, el sistema sanitario aún no ha sido capaz de responder de manera adecuada para ofrecer una atención de calidad a dichos pacientes.

La mayoría de las personas diagnosticadas de un trastorno mental se ven afectadas por el estigma, la discriminación y la violación de los derechos humanos. En muchos casos, carecen de acceso a una atención adecuada integradora que favorezca su proceso de recuperación. En este sentido, es importante realizar un diagnóstico temprano y adecuado, que promueva el acceso a recursos de apoyo psicosocial, formativo-laboral, de acceso a la vivienda y participación en actividades significativas en el mínimo periodo de tiempo posible.

El laboratorio clínico desempeña un rol esencial en el diagnóstico y abordaje de la salud mental. A través de análisis clínicos, es posible identificar biomarcadores y factores físicos que influyen en los trastornos mentales, lo que permite ofrecer una atención más completa y personalizada a los pacientes. Estos análisis pueden utilizarse para detectar factores biológicos relacionados con tratamientos psiquiátricos, desarrollar tratamientos adecuados y supervisar la efectividad clínica y la toxicidad de los tratamientos (litio, antidepresivos tricíclicos, anticonvulsivantes, antipsicóticos).

La detección temprana de trastornos metabólicos, como la diabetes, mediante pruebas de laboratorio, también es crucial, ya que estos pueden tener un impacto

significativo en la salud mental de las personas.

Es esencial seguir profundizando en este campo y fomentar la colaboración entre profesionales de la salud mental y laboratorios clínicos para mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por enfermedades psiquiátricas.

6 Bibliografía

1. Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria. Global Health Data Exchange (GHDx). <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
2. Salud mental y COVID-19: datos iniciales sobre las repercusiones de la pandemia. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1)
3. Rosse RB, Mohirisa JB. Pruebas de laboratorio y otras pruebas diagnósticas en psiquiatría. En: Talbott, Hales y Yudofsky, Tratado de psiquiatría. Ed. Áncora, Barcelona: 1995.
4. M. Bernardo Arroyo, M. Roca Bennasar, A. Morer Liñán. Tratado de Psiquiatría. Capítulo 7. Pruebas complementarias y diagnóstico en psiquiatría.
5. Atlas de Salud Mental 2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021.
6. Leticia Garcia-Alvarez, Maria Paz Garcia-Portilla, Leticia Gonzalez-Blanco, Pilar Alejandra Saiz Martinez, Lorena de la Fuente-Tomas, Isabel Menendez-Miranda, Celso Iglesias, Julio Bobesa. Biomarcadores sanguíneos diferenciales de las dimensiones psicopatológicas de la esquizofrenia. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. Vol. 9. Núm. 4. páginas 219-227 (Octubre - Diciembre 2016).

Capítulo 449

LOS EQUIPOS EN RADIOLOGÍA CONVENCIONAL

SANDRA BLÁZQUEZ CABALLERO

BEATRIZ MURILLO MUÑOZ

JOSE ANTONIO CAYUELA PEÑALTA

1 Introducción

Hay diferentes equipos de rayos X. Existen la radiografía convencional, la Tomografía Computarizada (con muchos más elementos y más compleja debido a que se obtiene es con volumen tridimensional, además de aplicar una mayor radiación), el mamógrafo que está diseñado especialmente para la anatomía de la mama, la fluoroscopia (que permite visualizar el movimiento de estructuras y líquidos internos, por lo que se obtiene información dinámica).

En el caso de la radiología convencional se realiza una proyección, esto quiere decir, que se irradia al paciente y todas las estructuras se proyectan sobre un plano, formando una imagen bidimensional que muestra la información tridimensional del paciente. Debido a esto hay estructuras que quedan superpuestas. Los elementos básicos de la radiografía convencional son:

- El tubo de rayos X
- La filtración, que puede ser de dos tipos: inherente (es intrínseca a la construcción de la máquina de rayos X) o añadida (fija o modificable)
- El colimador: sirve como limitador de campo
- La materia absorbente: lo que sería el paciente
- La camilla

- La rejilla antidisfusa
- El detector

Todos estos elementos deben ser conocidos en composición y funcionamiento por el Técnico en Imagen para el Diagnóstico para su uso en las pruebas al paciente.

2 Objetivos

- Definir los elementos básicos de la radiografía convencional.
- Exponer las características de estos elementos, explicando su funcionamiento y cómo influyen en la obtención de la imagen.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente capítulo se han recopilado diferentes documentos con información sobre el tema expuesto. Estos documentos han sido encontrados mediante búsquedas en bases de datos o mediante búsquedas de libros de formación. Después de revisarlos se han redactado los resultados.

4 Resultados

- Filtración de los rayos X: los fotones de rayos X van en todas las direcciones, solo algunos van al paciente. El resto se apantalla debido a un tubo que puede ser de vidrio o de metal. El recubrimiento de rayos X elimina y protege de la radiación de fuga, que cuanto mayor sea mayor será el grosor de la coraza del tubo de rayos X. Debido a las altas temperaturas que se llegan a alcanzar dentro del generador de rayos X, es necesario que haya material refrigerante. Para que los fotones puedan salir del tubo y llegar al paciente debe tener una salida con un grosor menor.

Se suele añadir filtración que puede ser fija o modificable. Suele ser filtración plana en forma de lámina metálica de distintos materiales (puede ser cobre o aluminio) a la salida del tubo. Este filtro elimina los fotones con poca energía que no aumentan la calidad de imagen, pero sí aumentan la dosis de radiación. Por ejemplo, con una placa de 3 mm de aluminio, estos fotones poco energéticos se atenúan sin atenuar los de alta energía.

- Colimador: los colimadores son placas que suelen ser de plomo, que se sitúan en la salida del tubo para delimitar el área a irradiar, por lo que ajustan la medida

y la forma del haz de rayos X. Optimizan la dosis que recibe el paciente y disminuye el área de tejido a irradiar. Eliminan parcialmente la radiación dispersa y mejoran el contraste. Suelen ir acompañados de una lámpara de luz visible, permitiendo ajustar las dimensiones del campo de radiación antes de realizar el procedimiento.

- Reja antidifusora: permite minimizar la radiación dispersa hasta un 90%. Está formada por un colimador unidimensional, post-paciente y pre-detector.

- Camilla: debe ser de un material lo más radiotransparente posible, como fibra de carbono.

5 Discusión-Conclusión

Los equipos de rayos X tienen diferentes componentes que permiten el uso de la radiación en el paciente para conseguir una imagen adecuada. La radiografía convencional en concreto está compuesta por la filtración de rayos X, el colimador, la reja antidifusora y la camilla. Cada elemento influye en cómo incide la radiación en el paciente y la imagen que se forma en el detector, como por ejemplo el material de la camilla. El Técnico en Imagen para el Diagnóstico debe conocer el funcionamiento y la composición de los diferentes equipos de rayos X con el objetivo de realizar un uso adecuado y conseguir la imagen de mayor calidad posible para el diagnóstico del paciente.

6 Bibliografía

1. Radiation Exposure and Image Quality in X-Ray Diagnostic Radiology: Physical Principles and Clinical Applications. Horst Aichinger (Springer, 2012)
2. Physics of radiology. Anthony Brinton Wolbarst (2nd ed. Medical Physics, cop. 2005)

Capítulo 450

ELEMENTOS Y FUNCIONAMIENTO DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA

JOSE ANTONIO CAYUELA PEÑALTA

SANDRA BLÁZQUEZ CABALLERO

BEATRIZ MURILLO MUÑOZ

1 Introducción

Los equipos de Tomografía Computarizada (TC) contienen una apertura central en la que se introduce al paciente debido a que el tubo de rayos X y el detector irán girando alrededor de su cuerpo. Esto es debido a que la TC genera numerosas proyecciones del paciente desde diferentes ángulos, creando un escáner tridimensional. Requiere un proceso informático que transforme numerosas vistas laterales a una tridimensional, por lo que es digital por definición.

Cuando se realiza, se obtiene una matriz numérica que corresponde a una sección pequeña del paciente, cuantificando la capacidad de atenuación de las diferentes áreas. Cuanto mayor sea el número, mayor será la capacidad de atenuación de la radiación. Esta matriz se transforma a una escala de grises que permite obtener de forma más sencilla la información. La radiación suele hacerse de forma helicoidal para aumentar el tamaño del volumen que se obtiene.

Debido a que el haz de rayos X tiene pocos cm de longitud, tiene que dar varias vueltas sobre el paciente para adquirir el volumen progresivamente. Habrá varios detectores, normalmente pueden ser 64 y los equipos avanzados 256. Cada vez que el tubo de rayos X gira alrededor del paciente se obtiene un número de imágenes proporcional al número de detectores.

2 Objetivos

- Exponer los diferentes elementos básicos de la tomografía computarizada.
- Definir el principio básico y el funcionamiento de la tomografía computarizada.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 elementos básicos de la Tomografía Computarizada son:

- La filtración: elimina los fotones de baja energía y permite la homogeneización de la dosis. Hay diferentes filtros según el tipo de exploraciones adaptándose a la anatomía del paciente debido a la diferencia de densidades y distribuciones.
- Los colimadores: funcionan principalmente en el plano coronal abriéndose y cerrándose para ajustarse a la zona irradiada. El punto de emisor de rayos X del tubo no es realmente un punto, sino un intervalo de mm que será lo más pequeño posible, por lo que habrá zonas a las que no llegarán todos los fotones sino sólo una parte.
- El detector: los equipos son multicorte, presentan filas de detectores, por cada giro se obtienen múltiples imágenes. Tienen diferentes partes: la reja difusora (son púas que evitan que los fotones lleguen con angulación), centelleador (al recibir energía ionizante emite fotones de luz visible, por lo que de un fotón de rayos X pasa a varios de luz visible), fotodiodos (captan los fotones de luz visible emitidos actuando como cámaras) y electrónica para controlar el resto de partes. El principio de funcionamiento básico de la Tomografía Computarizada consiste en realizar diferentes proyecciones del paciente de forma que el haz de rayos X lo atraviesa, llegando una radiación determinada a los detectores. Donde hay una mayor atenuación en el paciente, llegará menor radiación a los detectores. Si se hace la integral de los coeficientes de atenuación lineal del paciente se puede obtener la atenuación total. Teniendo en cuenta las diferentes angulaciones, las distintas proyecciones y los perfiles de atenuación, se realizará una proyección

retrospectiva para reconstruir el volumen del paciente. Con una rotación completa del tubo de rayos X se obtendrán miles de proyecciones debido a que el tubo gira y va obteniendo las proyecciones desde un ángulo distinto añadiendo información a la anterior.

5 Discusión-Conclusión

La Tomografía Computarizada es un procedimiento que usa radiación ionizante, usando un tubo de rayos X que irradia al paciente desde diferentes ángulos llegando a los detectores una radiación que dependerá de la atenuación del paciente. Esta atenuación cambiará según la zona, permitiendo mediante diferentes ángulos y giros alrededor del paciente, reconstruir el volumen uniendo toda la información. Al realizar una TC se irradia al paciente en mayor cantidad que con la radiografía convencional, por lo que se debe tener en cuenta el posible perjuicio que puede causar la prueba y los beneficios que se pueden obtener al llevarla a cabo.

6 Bibliografía

1. Computed tomography: principles, design, artifacts and recent advances. Hsieh, Jiang (Bellingham, Washington: SPIE Press, cop. Edició 2003 i 2009).
2. Physics of radiology. Anthony Brinton Wolbarst (2nd ed. Medical Physics, cop. 2005).

Capítulo 451

FORMACIÓN DEL TÉCNICO EN CALIDAD DE IMAGEN DE LA ECOGRAFÍA Y SUS FACTORES

JOSE ANTONIO CAYUELA PEÑALTA

BEATRIZ MURILLO MUÑOZ

SANDRA BLÁZQUEZ CABALLERO

1 Introducción

En las técnicas de imagen es fundamental garantizar que la imagen obtenida tenga la mejor calidad que permita el equipo para asegurar un correcto diagnóstico. De este modo, se pueden visualizar estructuras e imágenes en tiempo real, así como detectar los flujos sanguíneos (sentido, distribuciones de velocidad, energía, etc.). Se trata de una técnica no invasiva y altamente dependiente del paciente. Algunos factores que pueden afectar a la calidad de imagen son:

- Resolución espacial (axial y lateral)
- Resolución en contraste
- Resolución temporal
- Zona focal
- Uniformidad
- Sensibilidad
- Selección de la frecuencia
- Selección de la sonda
- Identificación de los artefactos

- Penetración

Cuanto mayor es la frecuencia, mayor es el coeficiente de atenuación de los materiales. Sin embargo, frecuencias elevadas suponen una menor capacidad de penetración. Por lo tanto, si se quiere observar una zona muy alejada, la frecuencia empleada debe ser inferior, lo cual supone una pérdida de resolución.

Además, existen distintos artefactos que pueden aparecer en la imagen, produciendo una interpretación errónea de la información o incluso que aparezca información que no es fiel a la realidad. Estos artefactos dependerán de la naturaleza de los ultrasonidos, que son las ondas que se reflejan, por lo tanto, aparecen artefactos por una reflexión incorrecta.

2 Objetivos

- Definir la importancia de la calidad de imagen en el diagnóstico.
- Exponer los diferentes tipos de artefactos que pueden aparecer en la ecografía.

3 Metodología

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

4 Resultados

Algunos artefactos que pueden producirse son:

- Reflexiones especulares
- Reverberación. Debido a múltiples reflexiones desde la superficie de un objeto. Se produce cuando el haz de ultrasonidos incide sobre una superficie que se encuentra en el límite de dos medios con impedancias acústicas muy distintas. Por ejemplo, entre un sólido ecogénico y un gas en el tubo digestivo o entre un sólido y el hueso. Se observa la repetición del objeto, cada vez con menor intensidad. Lo ideal sería que la onda solo se reflejase una vez. La reverberación puede ser con objetos metálicos, formando colas de estrella o comet tails. Este fenómeno es mucho más notorio, dado que la diferencia de

impedancias entre el metal y el tejido del paciente es más grande. También puede deberse a objetos gaseosos.

- Artefactos de realce y sombreado (enhancement and shadowing). Se producen por objetos en los que haya más o menos atenuación de la que el compensador de aumento de tiempos calcula. Este sistema compensa en función de la pérdida de intensidad que va a haber para objetos más lejanos. Es posible que haya objetos en medio que atenúen más o menos de lo que el sistema espera. Detrás de objetos que atenúan demasiado poco, va a aparecer una imagen muy brillante. Detrás de objetos que atenúan mucho, la imagen va a ser más oscura de lo que realmente es. El aire no deja pasar ultrasonidos, por lo que detrás del aire no se puede observar nada, la imagen queda negra.
- Artefactos de contacto. Se producen por una mala aplicación del gel, de manera que aparecen zonas de aire entre la sonda y el paciente.
- Artefactos de espejo. Se producen por un mecanismo parecido a la reverberación. La estructura se ve reflejada en otra parte de la imagen, dado que las ondas vuelven a reflejarse en la misma estructura tras haberla atravesado.
- Artefactos por variación de la velocidad del sonido. Si hay zonas en las que el sonido es mayor o menor de lo que la unidad de procesamiento está utilizando para calcular, eso puede suponer que aparezcan objetos más cerca o lejos de lo que realmente están.

5 Discusión-Conclusión

La calidad de imagen es un factor determinante en el diagnóstico del paciente, debido que la interpretación o la visualización de los posibles artefactos que se forman puede cambiar el procedimiento. La ecografía basa su funcionamiento en la reflexión de las ondas, por lo que si este proceso no ocurre como debería puede producirse la distorsión de la imagen. Hay diferentes tipos de artefactos como los artefactos de contacto o de espejo. Es importante que el técnico conozca la causa de la formación de estos artefactos para evitarlos y que la calidad de imagen sea óptima, permitiendo un correcto diagnóstico.

6 Bibliografía

1. Ultrasound physics and technology: how, why and when. Vivien Gibbs, David Cole, Antonio Sassano (Churchill Livingstone/Elsevier, 2009).
2. Ultrasound physics review: a review for the ARDMS SPI exam. Cindy A. Owen ; James A. Zagzebski (Davies Pub., c2009-2012).

Capítulo 452

FUNCIONES DEL TÉCNICO DE RADIODIAGNÓSTICO EN EL HOSPITAL

LAURA PIÑERA SAN JUAN

1 Introducción

Cuando hablamos del técnico superior en imagen para el diagnóstico, nos referimos a él, también, con las siglas TSID y se trata del personal trabajador en el servicio tanto de radiología como medicina nuclear, que facilitan el diagnóstico de un paciente mediante imágenes.

La función principal que llevan a cabo estos técnicos es la de obtener imágenes referidas al diagnóstico de un paciente mediante distintos tipos de adquisición de imagen.

Los equipos más utilizados diariamente en un hospital para el diagnóstico por imagen son los siguientes: radiología convencional y digital, TAC o TC(tomografía computarizada), resonancia magnética y ecografía. A parte de los anteriormente citados, son menos utilizados: fluoroscopia, densitometría ósea, gammagrafía, PET(tomografía por emisión de positrones), SPECT(tomografía computarizada de emisión de fotones únicos).

En cuanto a las funciones, la principal será la del manejo del paciente en el hospital aplicando las anteriores técnicas de diagnóstico por imagen para el correcto y efectivo diagnóstico del paciente, ayudando a colocarse en la postura correspondiente para la mejora de la calidad de las imágenes. El técnico de radiodiagnóstico nunca será el encargado de hacerle llegar la información sobre las pruebas de imagen al paciente ya que eso será función específica del médico radiólogo.

2 Objetivos

- Dar a conocer el papel del técnico superior en imagen para el diagnóstico, mediante una revisión de sus funciones.

3 Metodología

Para llevar a cabo la elaboración de este capítulo, se han realizado búsquedas en distintas páginas web con artículos específicos sobre las funciones del técnico de radiodiagnóstico en el hospital; siempre cuidando la selección de artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La función del Técnico de imagen para el diagnóstico es una de las más importantes, ya que son los encargados de comprobar y verificar que el paciente es el indicado para realizar la prueba y también se encargará de realizar y archivar las pruebas.

Las instalaciones deben cumplir los siguientes requisitos para la correcta ejecución y para reducir el impacto de las radiaciones hasta valores aceptables, teniendo en cuenta el diseño, fabricación y correcto funcionamiento de los equipos; la instalación (distribución, blindajes); optimización de cada uno de los aspectos de protección radiológica.

Se debe tener en cuenta en las regulaciones de las instalaciones de rayos X de diagnóstico médico el establecimiento de un régimen de declaración e inscripción registral diferente al sistema de autorizaciones requerido para el resto de instalaciones radiactivas.

Las aptitudes que debe tener un técnico en el hospital serán:

- Las de interpretar la información.
- Llevar el registro de los pacientes y saber con exactitud la dosificación de los radiofármacos indicados para cada prueba.
- La realización de pruebas (RX, RM, TAC...).
- Encender, operar y controlar las instalaciones y los equipos.
- Seguir los protocolos en cuanto a emergencias sanitarias y saber cómo actuar.
- Resolución de problemas.
- Seguir unas medidas de seguridad en cuanto a protección radiológica, como serán la prevención a la exposición, evaluación de riesgos y vigilancia de dosis administradas y recibidas.

Clasificación de las zonas según la protección radiológica:

- Zona vigilada: gris magenta.
- Zona controlada: verde.
- Zona de permanencia limitada: amarillo.
- Zona prohibida: rojo.

Clasificación de los trabajadores:

- Categoría A: dosis efectiva anual mayor de 6 mSv.
- Categoría B: dosis efectiva anual menor de 6 mSv.

Es importante, en cuanto a protección radiológica, reducir el tiempo o la cantidad de radiación, aumentar la distancia y poner blindaje al paciente y, en caso de que lo hubiera, el acompañante.

5 Discusión-Conclusión

El Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico será el encargado de proporcionar al radiólogo imágenes de calidad sobre el interior del cuerpo del paciente para que éste pueda realizar un informe preciso sobre el diagnóstico del mismo.

Los técnicos superiores en imagen para el diagnóstico son los encargados de:

- La obtención de imágenes de alta calidad, ajustando los parámetros necesarios.
- Garantizar la seguridad del paciente y de ellos mismos frente a la exposición de la radiación.
- Trabajar en equipo, colaboración con médicos, radiólogos, enfermeras, etc.
- Innovación en cuanto a equipos y sus características.
- Adaptación a demandas cambiantes de medicina.

6 Bibliografía

1. Ocronos R. Funciones del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear en el Servicio de Radiología [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2023 [citado el 17 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/funciones-tecnico-imagen-servicio-radiodiagnostico/>
2. Diagnóstico por imágenes. Pruebas de Diagnóstico [Internet]. 2002 [citado el 17 de octubre de 2023]; Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/diagnosticimaging.html>
2. El Tsid en urgencias [Internet]. Issuu. 2012 [citado el 17 de octubre de 2023]. Disponible en: https://issuu.com/pasionporloslibros/docs/el_tsid_en_urgencias_int

de Enfermería Ocronos RM y. Clasificación de Zonas en un Servicio de Radiodiagnóstico [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2020 [citado el 17 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/clasificacion-zonas-servicio-radiodiagnostico/>

Unizar.es. [citado el 17 de octubre de 2023]. Disponible en: https://uprl.unizar.es/sites/uprl.unizar.es/files/archivos/Higiene/higiene_industrial_radiaciones_ionizantes.pdf

3. Henar. La importancia de los TSID en radiología [Internet]. Origen, Diagnóstico y traumatología. 2023 [citado el 17 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://origensalud.com/la-importancia-de-los-tsid-en-radiologia>

Instalaciones de rayos X médicos - CSN [Internet]. Csn.es. [citado el 17 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.csn.es/instalaciones-rayos-x-medicos>

Capítulo 453

MEDIDAS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA AL PACIENTE EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA. EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO

VERONICA POZO ALCAIDE

1 Introducción

La ciencia encargada de proteger a todos los seres humanos y al entorno de estos de los riesgos procedentes de la radiación ionizante se denomina Protección Radiológica.

Se entiende por radiación ionizante cualquier tipo de partícula y rayos emitidos por material radiactivo, voltaje elevado, reacciones nucleares... con capacidad de desplazar los electrones de átomos tales como agua, proteína y ADN sobre los que se impacta la radiación.

Cualquier ser vivo está expuesto a la radiación ionizante de manera natural. La radiación natural es la que procede de la misma tierra, materiales de la corteza terrestre, aire, alimentos... o los que proceden del espacio exterior como son los rayos cósmicos. También existe otro tipo de exposición no natural como son las radiaciones antropogénicas (bombas nucleares, minería, residuos radiactivos...). A pesar del impacto de las radiaciones en cualquier tipo de organismo, no fue hasta el siglo XIX cuando se descubrieron las consecuencias negativas que tenían las radiaciones ionizantes. Se comprobó, que el uso de armamento con energías

nucleares traspasaba fronteras, el desastre no solo se producía dentro de las fronteras originarias del conflicto, sino que la consecuencia se sufría a nivel global. Fue entonces cuando surgió la Protección Radiológica, como la capacidad de proteger al individuo, a su descendencia y a la humanidad de los riesgos derivados de las actividades que suponen la presencia de radiaciones ionizantes. En la actualidad, para los países desarrollados, la mayor fuente de exposición a las radiaciones ionizantes son las basadas en aplicaciones médicas.

2 Objetivos

- Conocer las medidas a considerar por el Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico en relación a los protocolos de protección Radiológica.
- Adoptar medidas de seguridad sobre el paciente mediante barreras físicas y procedimientos técnicos frente a radiaciones ionizantes, ALARA...

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica mediante investigación y recopilación de datos sobre Protección Radiológica tanto en bases de datos de artículos científicos como en la propia web del Consejo de Seguridad Nacional donde se encuentran todas las leyes y decretos referentes al tema que aquí se desarrolla.

4 Resultados

Cuando un paciente acude al área de radiodiagnóstico de un hospital, el Técnico de Imagen para el Diagnóstico ha de hacerse cargo de tomar las medidas necesarias para la protección radiológica de este.

Toda exposición a la radiación ionizante debe considerarse bajo los principios de la ICRP (Comisión Internacional de Protección Radiológica). Estos principios se basan en un sistema de limitación de dosis.

- Justificación: este principio evalúa el coste-beneficio de la prueba a la que se va a someter al paciente. El beneficio obtenido después de someterse a la radiación ionizante debe ser mayor que el perjuicio.
- Optimización: el Técnico en Imagen para el Diagnóstico deberá emplear la dosis tan baja como razonablemente sea posible, a esto se le conoce como principio de ALARA por sus siglas en inglés “As Low Reasonably Achievable”.

- Límite individual de dosis: se basa en establecer límites de dosis a las radiaciones ionizantes según las prácticas a las que se produce la radiación. Se clasifican en:
 - Exposición profesional u ocupacional: se referiría a personas que durante el desarrollo de una actividad laboral están sometidas a fuentes de radiación natural o artificial.
 - Exposición médica: pacientes que deben ser sometidos a pruebas diagnósticas.
 - Exposición al público: personas que pueden recibir radiación de fuentes naturales sin ser exposiciones ocupacionales ni médicas.

Otra serie de medidas de protección radiológica a tener en cuenta cuando el paciente se encuentra dentro de la sala de exploración puede limitar la exposición a la radiación considerablemente. Estas medidas se pueden emplear tanto en la fuente de radiación como en las personas expuestas. Estaríamos hablando de la distancia, el tiempo y el blindaje.

- Distancia: cuanto más alejado esté el paciente de la fuente de radiación menor cantidad de dosis recibirá.
- Tiempo: al disminuir el tiempo de exposición, la dosis recibida es menor.
- Blindaje: esta medida consiste en colocar material absorbente entre la fuente de radiación y el paciente. Está considerado dentro de este apartado el uso de chalecos plomados, protectores gonadales, protector de tiroides.

5 Discusión-Conclusión

El papel del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico dentro del Servicio de Radiología es fundamental para la Protección Radiológica de los pacientes que acuden a realizarse una prueba de imagen. Deben conocer y aplicar los fundamentos de la ICRP (Comisión Internacional de Protección Radiológica) basados en un sistema de limitación de dosis para que siempre el beneficio neto sea mayor que el perjuicio.

El Técnico en Imagen para el Diagnóstico estará atento de emplear medidas de protección mediante la utilización de material absorbente como de medidas técnicas utilizando bajo kilovoltaje o disminuyendo el tiempo de exposición de la exploración. El profesional deberá prestar especial atención a niños y mujeres en edad fértil.

6 Bibliografía

1. Radiación ionizante (Ionizing Radiation) [Internet]. Cdc.gov. 2023 [citado el 16 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www.atsdr.cdc.gov/es/toxfaqs/es_

tfacts149.html

2. BOE-A-2022-21682 Real Decreto 1029/2022, de 20 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento sobre protección de la salud contra los riesgos derivados de la exposición a las radiaciones ionizantes [Internet]. Boe.es. [citado el 16 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2022/12/20/1029>

Capítulo 454

EL TÉCNICO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA Y LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

MARÍA DE LOS LLANOS TURÉGANO ROMERO

ISABEL PONTÓN ALLENDE

1 Introducción

El área de anatomía patológica es la ciencia que examina sobre las bases morfológicas de las diferentes enfermedades. El área de anatomía patológica lleva el mismo tiempo activa que la medicina, ya que en anatomía patológica lo que se realiza es estudio directo sobre el órgano enfermo. Xavier Bichat fue la persona que creo la Anatomía Patológica como ciencia, murió muy joven con la edad de 32 años, se sospecha que fue debido a una infección que hubiera obtenido al realizar una autopsia de una necrosis a un cadáver. Podemos decir que la anatomía patológica y la ciencia crecieron a la par en cuanto a investigación hablamos y hacia los siglos 16 y 17, se asentaron hasta hoy en día, que es lo que conocemos. Hacia el año 1958 se creó la sociedad española de anatomía patológica, sobre la década más o menos de los 60 se establece la especialidad en los distintos centros hospitalarios de la seguridad social. La formación sobre la anatomía patológica ha avanzado con el paso de los tiempos y han ido incorporando distintas técnicas, una de ellas es por ejemplo el microscopio.

La tinción de Papanicolaou es una técnica desarrollada por el Doctor George N. Papanicolaou, utilizada en la actualidad para estudiar citologías de células exfo-

liativas del cuello del útero, de secreciones vaginales, de secreciones prostáticas y de otras secreciones corporales. La tinción de Papanicolaou se realiza para teñir los distintos componentes de las células y diferenciarlos, lo que permite examinar los detalles de los núcleos y de los componentes citoplasmáticos.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo de libro consiste en: - Explicar que es la técnica de Papanicolaou y cómo se realiza.
- Describir los métodos que existen para la toma de muestra y el procesamiento que corresponda.

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 pasos a seguir desde que se toma la muestra hasta que se dan los resultados son los siguientes:

1. El ginecólogo o médico de familia procede a tomar la muestra introduciendo un espéculo en la vagina y frotando suavemente una espátula y/o un cepillo en el endocervix y en el exocervix para tomar una muestra de células procedentes del raspado.
2. Seguidamente, deposita la muestra obtenida, según el método utilizado, en un vial con solución conservante, o realizando una extensión directamente en un portaobjetos y añadiendo laca fijadora en este caso.
3. Después envía la muestra, debidamente etiquetada y/o rotulada con los datos del paciente, al laboratorio de Anatomía Patológica.
4. Una vez llega al laboratorio, el técnico de anatomía patológica revisa que los datos sean correctos y registra la muestra.
5. Se procesa la muestra según la técnica de toma elegida:

- En el caso de recibir la muestra en un vial con medio líquido, se procede a homogeneizarla y se introduce en una máquina (ya que este método está automatizado) que pasará una pequeña cantidad de muestra a un portaobjetos especial, en forma de una capa fina y uniforme. Después, introducimos el portaobjetos en alcohol de 96° para fijar las células a este, durante unos 15 minutos aproximadamente.

- En el caso de recibir la muestra extendida directamente en el portaobjetos, como lleva la laca fijadora, no hace falta introducirlo en alcohol para fijar.

6. Una vez preparada la muestra, en cualquiera de los casos, se realiza una tinción de Papanicolaou, utilizando como colorantes Hematoxilina de Harris, para teñir de azul los núcleos, Orange G y EA50 para teñir de verde a rosa o anaranjado los componentes citoplasmáticos.

7. Por último, se procede al montaje de la muestra con un cubreobjetos para poder observarla en el microscopio, cuya función en muchos centros es del técnico de anatomía patológica especializado en citologías, también conocido como citotécnico.

Al utilizar varios colorantes, es posible revelar diferentes tipos de células. Actualmente, se pueden utilizar distintos tipos de colorantes, y sus tiempos varían también según el protocolo utilizado en cada centro.

5 Discusión-Conclusión

La labor del técnico de anatomía patológica en las citologías ginecológicas es muy importante y tiene muchísimo peso tanto en el procesado como en el diagnóstico de las citologías, ya que, exceptuando la toma de muestra, que la debe realizar el personal facultativo, todo el proceso lo realiza el técnico en el laboratorio, desde la recepción de la muestra en el momento que llega al laboratorio hasta el estudio en el microscopio y, por tanto, el diagnóstico.

Es un trabajo que tiene muchísima responsabilidad, ya que un error en el diagnóstico puede llevar a un problema grave de salud de la paciente, por eso mismo, es muy importante la correcta formación del técnico que vaya a desarrollar estas funciones y que se dediquen exclusivamente a ello las mismas personas siempre.

6 Bibliografía

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

2. <http://revistamedica.com>.

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

Capítulo 455

EL PERSONAL TÉCNICO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA EN EL BIOBANCO.

ISABEL PONTÓN ALLENDE

MARÍA DE LOS LLANOS TURÉGANO ROMERO

1 Introducción

La anatomía patológica es una rama de la medicina que es la que estudia los efectos que producen las enfermedades en los órganos tanto macroscópica como microscópicamente. El objetivo principal es identificar aquellas anomalías que se producen en el cuerpo u órganos y que nos pueden ayudar a diagnosticar y tratar una enfermedad. Aunque esta rama de la medicina es muy importante para la detección de cánceres, también lo es para una infinidad de enfermedades como, enfermedades renales, hepáticas, alteraciones autoinmunes e infecciones.

En anatomía podemos diferenciar 2 subdivisiones: la histopatología que es la que estudiar microscópicamente las biopsias o cirugías y la citopatología que son aquellos exámenes microscópicos de una célula o un grupo de ellas producido por raspado o aspiración de líquido o tejido. Esta rama es la que realiza los estudios post-mortem, válidos para determinar si la muerte fue natural sin tener una causa clara y no tener indicios de que parte del cuerpo pudo fallar o si se trata de una muerte que no es por causas naturales, la anatomía patológica es la encargada de dar respuesta a numerosas dudas que surgen ante muertes o patologías que necesitan una investigación de determinar tipo de dolencia o causas del fallecimiento.

Según la Ley de Investigación Biomédica (Ley 14/2007 de 3 de Julio) se puede definir un biobanco como un establecimiento público o privado, sin ánimo de lucro, que acoge una colección de muestras biológicas con fines diagnósticos o de investigación biomédica y organizado con criterios de calidad, orden y destino. Por lo tanto, los biobancos permiten la creación de una plataforma de apoyo a la investigación. Su finalidad es potenciar estudios acerca de los mecanismos básicos de múltiples enfermedades, lo que permitirá investigar terapias más eficaces contra ellas y reducir su mortalidad.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo de libro consiste en dar a conocer la importancia y funciones del técnico en anatomía patológica en el biobanco.

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 finalidad del biobanco es permitir la utilización de las muestras biológicas almacenadas, es por ello que el técnico en anatomía patológica debe registrar y conservar de forma adecuada todas las muestras que llegan (tanto en parafina como congeladas) después de su obtención.

Los biobancos pueden contener, entre otras y según su finalidad, muestras biológicas de pacientes con una determinada enfermedad, recoger muestras de amplias poblaciones, o ser recogidas para un determinado tipo de estudio en diferentes patologías. Es por ello que el técnico debe tener en cuenta que toda muestra almacenada en el biobanco debe tener su consentimiento firmado (tanto por el paciente que de forma altruista cede parte de tejido u órgano suyo como por el personal del biobanco) En todo caso, la característica común es que las muestras se almacenan para poder realizar estudios en el futuro.

Es importante tener controlada la programación de quirófanos en el caso de que se trabaje en un ámbito hospitalario, ya que es recomendable antes de la intervención, acudir para hablar con el personal que se va a desempeñar la operación y recordarles que envíen la muestra para biobanco.

En el caso concreto del banco de tejidos neurológicos, el técnico realiza tareas como apertura de calota mediante sierra eléctrica, como corte en columna vertebral, para disección de médula espinal, entre otras funciones en las que debe haber recibido formación, ya que es una labor de cierta complejidad.

También requiere el técnico que realice funciones de auxiliar administrativo en momento de su jornada laboral, porque documentación que hay que llevar al día y pendiente de que otros centros manden las correspondientes solicitudes bien cumplimentadas es una labor tediosa y que requiere mucho tiempo que emplear.

5 Discusión-Conclusión

El técnico que trabaja en un biobanco debe ser alguien que sea capaz de solucionar inconvenientes de forma rápida y controlada, ya que hay momentos en los que surgen prisas por hacer cualquier tipo de desempeño (envío de membrana amniótica a otro centro hospitalario con urgencia y preparar tanto embalaje como condiciones idóneas de refrigeración).

Hoy en día, en la mayoría de los casos, las condiciones de trabajo no son las adecuadas, porque los contratos laborales de técnico son de corta duración y suele instaurarse cierta incertidumbre sobre si continuar o no en su puesto.

Al ser tan multidisciplinar, porque hay que estar pendiente de hacer muchas tareas, es un puesto que requiere concentración, determinación y también don de gente, porque se trata con personas que son necesarias para que un biobanco sea de total provecho, ya sean cirujanos, residentes, familiares, administrativos, celadores, etc.

6 Bibliografía

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

Capítulo 456

LAS FUNCIONES QUE DESEMPEÑA EL HIGIENISTA DENTAL ANTE LA CIRUGÍA DE IMPLANTES.

DÉBORA MOYA ROGER

1 Introducción

Siempre se ha visto al higienista bucodental a la sombra del Odontólogo e incluso se ha confundido con los Auxiliares dentales, por ello es importante alzar la voz y explicar el rol de los higienistas bucodentales. Como objetivo principal, podemos enumerar la prevención y promoción de la salud bucodental entre los pacientes. Cabe también enumerar otros objetivos (no por ello menos importantes): tratamientos de odontología preventiva como pueden ser limpiezas, colocación de selladores para evitar carias, realizar fluorizaciones, esterilizar el instrumental que se utilice durante la sesión, desinfección de la consulta entre un paciente y otro.

Los higienistas bucodentales son especialistas en educación bucodental, son los encargados de educar sobre hábitos en higiene y alimentación para así poder prevenir posibles problemas bucodentales. Realizarán un protocolo de preguntas a los pacientes sobre sus hábitos para poder aconsejarles de una manera correcta para mantener una encía sana y una sonrisa perfecta.

Para abordar este tema será necesario conocer el significado previamente de los siguientes tres conceptos:

- Cirugía: se puede definir como la rama de la medicina, la cual se dedica a curar o tratar enfermedades a través de intervenciones quirúrgicas.

- Implantes: se define como un dispositivo médico creado para reemplazar una pieza dental.
- Higienista dental que se define como aquel terapeuta sanitario experto tanto en la prevención de enfermedades bucodental es como en la higiene dental.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones del higienista bucodental en los implantes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 estudios acerca de este tema se han enfocado principalmente en dos puntos muy importantes como son: el material del que estará hecho el implante y el porcentaje de rechazo que puede producir el implante en el paciente que se va a realizar la intervención. De dichos estudios se ha obtenido una serie de resultados o evidencias que mencionaremos a continuación con más detalle.

En primer lugar, acerca del material del que se encuentran hechos, la inmensa mayoría de los implantes y el que prefieren los profesionales. Se ha visto que el mejor material para realizar en estas intervenciones es el tirando, ya que es el que mejor se integra con el hueso, haciendo que se fije con gran firmeza durante mucho tiempo.

En cuanto al rechazo por los pacientes de los implantes dentales, se ha demostrado que apenas en un dos por ciento de los casos el implante fracasa, ocasionado que este sea expulsado de manera natural por nuestro propio cuerpo. En este caso no deberemos de olvidar que siempre existe un mínimo riesgo en cualquier intervención que realizamos, tanto si se realiza en la boca como en otras partes de nuestro cuerpo. Sin embargo, para evitar esto existen una serie de pautas básicas que nos pueden ayudar para evitarlo, como son: realizar las

revisiones que nos indique nuestro implantólogo, realizar una buena higiene bucal, observar cualquier cambio o anomalía que detectamos acudiendo rápido, evitando así consecuencias mayores. Además de lo determinado a partir de los estudios realizados también, se ha demostrado que es uno de los métodos mejores y el más recomendado si es necesario sustituir una o varias piezas dentales de nuestra boca, haciendo que se convierta en una intervención habitual para las clínicas dentales.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de que mucha gente crea que el técnico superior en higiene bucodental o más conocido popularmente como higienista, comúnmente mayoritariamente su función se centra en asistir al odontólogo, este realiza otras muchas funciones, convirtiéndose así en una profesión multidisciplinar.

En el caso de la cirugía de implantes desempeña un papel fundamental, puesto que enseñara al paciente cómo realizar una correcta limpieza dental, siendo esta fundamental para que los implantes no fracasen. Además, durante el proceso tranquilizará al paciente y se encargará de que una vez tomadas las muestras para realizar la pieza artificial que sustituirá a la que falte estén lleguen al laboratorio, convirtiéndose en la conexión entre dentista y laboratorio.

6 Bibliografía

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

Capítulo 457

EL PERSONAL DE HIGIENISTA DENTAL EN CUANTO A LA EXPOSICIÓN A LOS PATÓGENOS TRANSMITIDOS POR LA SANGRE REVISION BIBLIOGRAFICA

ANA ESPERANZA MORCILLO ANTÓN

DÉBORA MOYA ROGER

1 Introducción

Dentro de una clínica dental trabajan diferentes expertos de la salud oral. Aunque a todos ellos se les llame con el nombre genérico de dentista, lo cierto es que cada uno tiene una función. Los higienistas dentales o técnicos de grado superior en higiene bucodental son profesionales sanitarios expertos en la higiene oral y en la prevención de las enfermedades bucodentales.

Por desconocimiento, muchos pacientes ignoran qué diferencias hay entre el trabajo de un auxiliar de clínica y de un higienista, por eso es importante recordar que el primero asiste al odontólogo en el gabinete facilitándole todo el material clínico que necesite, pero en ningún caso puede trabajar en la boca del paciente. El higienista dental no solo colabora y presta su apoyo al doctor, sino que también ejecuta diferentes acciones en la cavidad oral del paciente.

La profesión de higienista dental se creó en España en 1986. Para ejercer como higienista dental es necesario estar habilitado legalmente o ser titulado en for-

mación profesional de grado superior La titulación lleva por nombre Técnico Superior en Higiene Bucodental o Técnico especialista en Higiene Bucodental. En esta investigación vamos a tratar de exponer la importancia de seguir esas principales medidas de prevención para protegerse laboralmente en función de la exposición a la que nos encontremos y respecto a los microorganismos patógenos transmitidos por la sangre. Esta exposición por sangre se llama transmisión hemática y puede ocurrir por diversas formas de contagio. En el caso del higienista dental la exposición no es solamente prolongada en el tiempo, ya que se encuentra trabajando en la cavidad bucal de manera constante, sino que es una exposición directa, puesto que es habitual que a la hora de intervenir en la boca pueda sangrar de manera normal al propio procedimiento realizada en ella.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo de libro consiste en Poner de manifiesto la importancia de que el higienista bucodental conozca el protocolo de exposición a los patógenos transmitidos por la sangre.

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

Es fundamental para las distintas categorías profesionales y concretamente para la higienista dental que se sigan una serie de medidas protocolarias para que el contagio que se pueda producir a través de sus funciones específicas del trabajo respecto a los patógenos transmitidos por sangre, se reduzcan todo lo posible. El mecanismo de transmisión más habitual que se puede dar en la cavidad bucal es a través de agujas y de cualquier instrumental que se puede utilizar para realizar una actividad tan habitual como es la limpieza de la boca. Esto puede salpicar

a los ojos del higienista dental, en cualquier parte de la piel dónde pueda tener cortes o abrasiones e incluso con el contacto con la propia prenda o equipo que esté contaminado con la sangre fresca. Es fundamental que el higienista dental conozca el protocolo que ha de seguir para minimizar este riesgo y que sea consciente de la exposición a dicha infección de transmisión hepática y sus posibles consecuencias en la salud. Haciendo alusión a aspectos relacionados con el protocolo documental, la administración de salud y seguridad ocupacional, que es la agencia federal encargada de asuntos de seguridad y salud, ha elaborado un reglamento protocolario que determina las medidas de seguridad para prevenir la exposición frente a estos patógenos y así minimizar el riesgo de dicha exposición del higienista dental a la infección de transmisión hemática. Es importante identificar el riesgo en primer lugar para así mejorar la protección del trabajador en los momentos de su actuación. Añadido a este tipo de transmisión, mencionar que no es el único agente de contaminación, ya que existen otra serie de fluidos además de la sangre cómo son los líquidos biológicos o los fluidos que están contaminados y mezclados con la sangre. Con la idea de prevenir todos estos tipos de contagios por estos agentes, se debe de seguir el mismo protocolo de prevención por parte del higienista dental.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos expuesto en este estudio llegamos a la conclusión de que los higienistas dentales están constantemente expuestos a los patógenos producidos por la transmisión de sangre de los pacientes. Esto es debido a que se encuentran trabajando en la cavidad bucal del mismo de manera constante, es, por tanto, fundamental que dicha categoría profesional tome las medidas protocolarias que están estipuladas para no contaminarse en el ejercicio de sus funciones. En esto llegamos también a la conclusión de la importancia de que el higienista dental tenga la información y formación suficiente acerca de cómo prevenir la transmisión por los patógenos de la sangre.

6 Bibliografía

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

Capítulo 458

ELEMENTOS BÁSICOS DE LA FLUOROSCOPIA Y SU FUNCIONAMIENTO

MARTA GARCÍA SÁNCHEZ

LAURA CALERO SÁNCHEZ

NOELIA GONZÁLEZ-MOHÍNO SOLÍS

LORENA LOPEZ SÁEZ

1 Introducción

La principal utilidad de la fluoroscopia es la realización de exámenes dinámicos, es decir, la fluoroscopia se emplea para visualizar el movimiento de estructuras y líquidos internos. Permite obtener un vídeo, una información dinámica. Por lo tanto, las imágenes de fluoroscopia no necesitan una gran resolución, dado que aportan información genérica, sin necesidad de dar muchos detalles. Se usan mucho en radiocirugías (para implantes, por ejemplo), dado que permite operar a la vez que se observan las estructuras en la pantalla.

Sin embargo, uno de los riesgos que comporta es el uso de radiación excesiva en el paciente, dado que se trata de una irradiación de larga duración. Por este motivo, se aplica un miliamperaje muy bajo (inferior a los 5 miliAmperios, relacionado directamente con la baja resolución). Tras 10 minutos de irradiación, la máquina pita para avisar. En la actualidad, la fluoroscopia es una exploración rutinaria, excepto cuando se utiliza para visualizar los vasos sanguíneos (angiografía).

Los elementos básicos de un equipo de radioscopia son:

- Tubo de rayos X.
- Intensificador de imagen acoplado a una cámara de vídeo.
- Camilla telecomandada (telecomandos con intensificador) o, simplemente, el tubo y el intensificador de imagen giran entre sí mediante un brazo en forma de arco.

2 Objetivos

- Definir la fluoroscopia como técnica de diagnóstico por la imagen
- Enumerar los elementos básicos de la fluoroscopia y su funcionamiento

3 Metodología

El método empleado para llevar a cabo el capítulo actual ha consistido en, en primer lugar, elegir la documentación adecuada para la revisión. Una vez elegida, se ha procedido a la lectura de dicha documentación y posteriormente a la redacción de la información aprendida.

4 Resultados

El intensificador de la imagen: los detectores en fluoroscopia son muy diferentes, dado que hay un aparato, el intensificador, que actúa como sistema de amplificación por la baja cantidad de fotones.

Cuando incide un rayo X, se encuentra con un material fosforescente que emite muchos fotones de luz. Estos, posteriormente, impactan en un fotocátodo alimentado eléctricamente, que vuelve a emitir varios electrones que repiten el proceso e impactan de nuevo sobre un elemento fosforescente. Este emite aún más fotones de luz, lo cual supone una amplificación muy elevada. Por lo tanto, la función del intensificador es ampliar notablemente la información obtenida, dado que la cantidad de fotones emitida debe ser muy baja para no irradiar al paciente en exceso. Aun así, la utilización de tiempos largos de exposición hace que, habitualmente, los pacientes reciban dosis incluso superiores a las de un examen convencional. Al final hay una cámara de vídeo convencional, que capta los fotones de luz y puede producir la imagen

La cadena de imagen en fluoroscopia es la siguiente: se obtiene una imagen digital, de modo que se puede trabajar en el ordenador para obtener toda la infor-

mación. Se pueden aplicar filtros sobre la imagen para hacer inversos o ciertos tipos de mejora. Los equipos modernos tienen asistentes de automatizado que permiten seleccionar el nivel de brillo, nivel que el equipo mantiene constante durante la exploración (variando automáticamente la tensión de pico, la corriente o ambas). Un equipo con estas características puede tener control automático de brillo (ABC), estabilización automática de brillo (ABS), control automático de exposición (AEC) o control automático de ganancia (AGC).

Una de las ventajas de la fluoroscopia es el poder utilizar agentes de contraste para aumentar o disminuir la absorción de radiación por los tejidos.

5 Discusión-Conclusión

La fluoroscopia es una de las diferentes técnicas diagnósticas que emplea radiación ionizante para la observación de órganos y tejidos de forma dinámica. En esta técnica los detalles no serán tan importantes porque lo que se busca es ver el movimiento de las diferentes partes del organismo del paciente. Esta técnica requiere de un equipo que consta de diferentes partes. Estos elementos son: el tubo de rayos X, el intensificador de la imagen acoplado a una cámara de video y la camilla. El intensificador tiene como objetivo amplificar los fotones. Como técnica de diagnóstico por la imagen es importante que el Técnico conozca su funcionamiento y sus elementos.

6 Bibliografía

1. DIAGNOSTICO POR IMAGEN. Cesar S. Pedrosa, Rafael Casanova. 2ª edición 1997. Mc Graw Hill. Interamericana
2. Manual de radiología para técnicos: física, biología y protección radiológica. Stewart C. Bushong: (9a edición Elsevier, 2010)

Capítulo 459

EL EQUIPO Y LA TÉCNICA DE MAMOGRAFÍA

MARTA GARCÍA SÁNCHEZ

LORENA LOPEZ SÁEZ

NOELIA GONZÁLEZ-MOHÍNO SOLÍS

LAURA CALERO SÁNCHEZ

1 Introducción

El mamógrafo está diseñado para diagnosticar en la especial anatomía de la mama. Esto es debido a que tiene en cuenta sus características:

- Grosor variable.
- Patologías particulares.
- Composición química y densidad similar en todo el tejido.
- Utilización de rayos X de baja energía (baja tensión de pico) para maximizar el efecto fotoeléctrico y aumentar la atenuación diferencial entre los tejidos blandos.

Esto permite apreciar mejor las pequeñas estructuras. La mamografía es la técnica de todo el radiodiagnóstico que aporta imágenes con más resolución (píxeles más pequeños). El tejido mamario es blando, sin estructuras óseas y se puede comprimir. Esto condiciona mucho la forma del mamógrafo. Además, las patologías que se buscan son muy pequeñas, de modo que se necesita una gran resolución. Es una de las pocas técnicas aprobada para screening (se realiza de forma periódica en mujeres a partir de una edad determinada para revisar que no haya

patologías) porque el beneficio neto debe ser mucho mayor que el posible perjuicio.

Los elementos básicos del equipo de mamografía son los siguientes:

- El compresor, que realiza una compresión previa a la irradiación.
- El CAE o control automático de la exposición, sistema de ajuste.
- El tubo de rayos X, diseñado de forma específica para la mamografía.

2 Objetivos

- Definir el funcionamiento de la mamografía.
- Enumerar los elementos básicos del equipo y describir su funcionamiento y su uso para el diagnóstico.

3 Metodología

Para elaborar este capítulo se ha seguido una metodología de investigación a partir de diferentes fuentes bibliográficas. Estas fuentes han sido de forma fundamental libros especializados en el tema expuesto. Tras la revisión de la documentación encontrada, se ha llevado a cabo la redacción.

4 Resultados

Compresor: el mamógrafo presenta un elemento denominado compresor que, tal y como su nombre indica, realiza una compresión previa a la irradiación, que aporta diversas ventajas. Tras la compresión, la mama adquiere un aspecto más homogéneo. Además, queda más estrecha, de modo que el haz de rayos X debe atravesar una menor cantidad de masa, permitiendo usar un kilovoltaje menor y así disminuir notablemente las interacciones Compton y aumentar la resolución a su vez.

Así mismo, al extenderse la mama, hay una zona más amplia para poder diagnosticar. El operador debe informar al paciente de que la compresión debe ser muy energética para obtener una buena imagen, con lo cual puede ser momentáneamente dolorosa. Sin embargo, el compresor y el tubo se controlan simultáneamente desde la consola, de modo que, tras comprimir la mama, el tubo dispara inmediatamente y así la compresión se detiene enseguida. Por lo tanto, las funciones del compresor son:

- Disminuir la atenuación y la radiación dispersa.

- Uniformizar el grosor de la mama.
- Aumentar el contraste.
- Mejorar la visualización de las estructuras internas.
- Disminuir la dosis al paciente.

CAE o control automático de exposición: es un sistema de ajuste que funciona de manera automática. Se sitúa después del detector y calcula la cantidad de radiación que este recibe. A su vez, controla el tubo de rayos X, de modo que permite que este siga irradiando mientras no haya recibido los fotones suficientes. Una vez le llega la cantidad adecuada como para obtener una buena imagen, hace que el tubo detenga la emisión de radiación. De este modo, gracias al control automático de exposición se puede garantizar que la irradiación que se hace al paciente sea adecuada; no se emite más de la estrictamente necesaria y tampoco se queda corta como para tener que repetir la prueba.

En el tubo de rayos X en lugar de los ánodos habituales, utiliza ánodos de molibdeno y tungsteno. Además, los filtros son también de un material diferente (molibdeno y rodio).

5 Discusión-Conclusión

La mamografía o radiografía de la mama se hace con un equipo especializado en esta parte anatómica. Esta técnica se utiliza para la detección del cáncer de mama. Es utilizada como prueba de screening o prueba de cribado, lo que significa que se realiza esta técnica en grupos de población con factores de riesgo que pueden predisponerlos a esta enfermedad. Puesto que es una radiografía usa radiación ionizante, pero gracias a la técnica que utiliza y al diseño del mamógrafo esta radiación se reduce lo máximo posible. El Técnico en Imagen para el Diagnóstico debe conocer el protocolo de realización de la técnica y su funcionamiento.

6 Bibliografía

1. Radiologic science for technologists: physics, biology, and protection. Stewart Carlyle Bushong (10th ed. Elsevier Mosby, 2013)
2. Fundamentals of medical imaging. Paul Suetens. (Cambridge University Press, cop. 2002)

Capítulo 460

EL EQUIPO DE RESONANCIA MAGNÉTICA Y LA SEGURIDAD

MARTA GARCÍA SÁNCHEZ

LAURA CALERO SÁNCHEZ

NOELIA GONZÁLEZ-MOHÍNO SOLÍS

LORENA LOPEZ SÁEZ

1 Introducción

La resonancia magnética está compuesta por múltiples bobinas que generan campos magnéticos y pulsos de radiofrecuencia.

Además, también hay antenas emisoras del pulso de y receptoras de las señales que emiten los núcleos al desexcitarse. Estas antenas pueden ser de propósito general, con varios tamaños para adaptarlas a diferentes cuerpos (niños, adultos, obesos, etc.) y diferentes zonas (tórax, abdomen, extremidades, etc.), o de propósito específico, para zonas como la cabeza o la mama. El equipo también presenta un electroimán o magneto superconductor, que es el encargado de formar un campo magnético constante. Actúa a temperaturas muy bajas, cercanas al 0 absoluto, lo cual mejora la conducción. Esto es importante, dado que ciertas aleaciones pierden su resistencia eléctrica al ser enfriados a temperaturas tan bajas.

Las tres bobinas ortogonales ajustan las variaciones de campo magnético en el espacio durante la realización de la exploración, de modo que permiten formar gradientes en los 3 ejes. Se sitúan perpendiculares entre ellas y hacen que el

campo magnético sea diferente en los 3 puntos del espacio (x, y, z) durante el procedimiento.

Por último, la bobina de radiofrecuencia se encarga de emitir los pulsos con una frecuencia determinada y de amplificar la señal de radiofrecuencia. Además, capta los pulsos de emitidos por los átomos al desexcitarse mediante antenas próximas al paciente. Estas antenas amplifican la señal captada. La señal recibida se convierte en información digital y es procesada por un sistema informático de reconstrucción.

2 Objetivos

- Describir el equipo de la resonancia magnética y su función
- Enumerar los diferentes riesgos del equipo de resonancia magnética y las precauciones que el Técnico debe tener en cuenta en la sala

3 Metodología

En la elaboración del trabajo expuesto se han seguido diferentes pasos. El primero ha consistido en la búsqueda de diferentes fuentes bibliográficas sobre las que poder hacer la revisión de información relevante del tema elegido. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio. Una vez hecha la revisión se ha redactado.

4 Resultados

En la Resonancia Magnética no se trabaja con radiaciones ionizantes, sin embargo, la interacción de los campos electromagnéticos del sistema (campo magnético estático, gradientes de campo y pulsos de radiofrecuencia) con los seres humanos puede suponer ciertos riesgos.

La resonancia magnética genera un campo magnético de una potencia 100.000 veces superior al campo terrestre. Esto es equivalente a 1,5 o 3 Teslas (según el equipo utilizado). Por lo que el imán atraerá objetos metálicos del interior y el exterior del paciente.

Además, el hecho de que para producir un campo magnético tan grande se necesite un superconductor y se trabaje con helio líquido también implica cierto

riesgo. Siempre que se usan gases líquidos, existe el peligro de que escape, se caliente y se vuelva gas, lo cual reemplazaría las moléculas de oxígeno de la sala. Por eso no se puede apagar la resonancia magnética nunca, para mantener el helio siempre líquido. Existen otros aspectos no directamente relacionados con la seguridad (ansiedad, temores, molestias auditivas, sensación de claustrofobia, etc.) que pueden condicionar la comodidad del paciente, pudiendo provocar movimientos que disminuyen la calidad de la imagen. Además, es muy importante vigilar con la presencia de objetos metálicos, como prótesis, clips, implantes, marcapasos, piercings, entre otros. Por este motivo, hay determinadas limitaciones legales. Es importante tener en cuenta el alcance de la resonancia. Al acercarse al tubo, el campo magnético crece muy rápidamente debido a la gran potencia del imán.

El Técnico es el encargado en la sala de mantener esta seguridad y procurar que el paciente acceda a la sala de resonancia magnética sin ningún objeto metálico en el cuerpo, para evitar que el objeto salga despedido y ocasione daños personales.

5 Discusión-Conclusión

El equipo de resonancia magnética no utiliza radiación ionizante. Su funcionamiento está basado en el uso de un imán de una alta potencia, para lo cual se necesitan bobinas que creen este campo magnético. Estas bobinas además van ajustando las variaciones necesarias para realizar la exploración al área anatómica de interés del paciente. Los diferentes riesgos que implica el equipo de resonancia magnética son, primero, el uso de un imán de tanta potencia, que puede atraer objetos de forma rápida, como por ejemplo objetos que lleve el paciente. Por esto es importante que el Técnico controle el acceso a la sala de los diferentes pacientes y personal sanitario asegurándose de que no llevan objetos metálicos. Otro riesgo es el uso del helio líquido, por lo que la resonancia magnética debe estar siempre encendida.

6 Bibliografía

1. MRI Physics for radiologists: a visual approach. Alfred L. Horowitz (3rd ed. Springer, cop. 1995)
2. Introduction to medical imaging: physics, engineering and clinical Applications. Nadine Barrie Smith, Andrew Webb (Cambridge University Press, 2011)

Capítulo 461

TÉCNICAS DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN DE USO FRECUENTE POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) Y EL HIGIENISTA BUCODENTAL EN LA CLÍNICA DENTAL.

ANA LOPEZ PEREZ

DÉBORA MOYA ROGER

1 Introducción

Siempre se ha visto al higienista bucodental a la sombra del odontólogo e incluso se ha confundido con los auxiliares dentales, por ello es importante alzar la voz y explicar el rol de los higienistas bucodentales. Como objetivo principal, podemos enumerar la prevención y promoción de la salud bucodental entre los pacientes. Cabe también enumerar otros objetivos (no por ello menos importantes): tratamientos de odontología preventiva como pueden ser limpiezas, colocación de selladores para evitar carias, realizar fluorizaciones, esterilizar el instrumental que se utilice durante la sesión, desinfección de la consulta entre un paciente y otro.

Los Higienistas bucodentales son especialistas en educación bucodental, son los encargados de educar sobre hábitos en higiene y alimentación para así poder prevenir posibles problemas bucodentales. Realizarán un protocolo de preguntas a los pacientes sobre sus hábitos para poder aconsejarles de una manera correcta para mantener unas encías sanas y una sonrisa perfecta.

En la clínica dental el proceso de la limpieza, desinfección y esterilización del material es fundamental y de ello se encarga, por lo general, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) y/o el higienista bucodental.

Y es que las clínicas realizan actuaciones relacionadas con la asistencia sanitaria que pueden suponer un riesgo para contraer infecciones, con lo que seguir ciertas recomendaciones y realizar procedimientos concretos para prevenir o disminuir ese riesgo es primordial, ya que en determinados tratamientos odontológicos se forman aerosoles que se diseminan en el ambiente y se suspenden bacterias patógenas, con lo que se crea un alto riesgo de infección.

2 Objetivos

El objetivo principal de esta revisión bibliográfica consiste en dar a conocer las técnicas de limpieza, desinfección y esterilización que se llevan a cabo en las clínicas dentales con la finalidad de reducir la transmisión y el contagio de enfermedades.

3 Metodología

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

4 Resultados

Resulta fundamental llevar a cabo un protocolo de limpieza, desinfección y esterilización del instrumental odontológico para evitar el riesgo de propagación de enfermedades. Existen establecidas una serie de medidas para el control y prevención de infecciones en odontología que buscan disminuir los riesgos de una transmisión cruzada. Y es que la cavidad bucal contiene multitud de gérmenes

y bacterias que pueden ser transmitidos de paciente a paciente, produciendo la transmisión de enfermedades infecciosas. Para evitar dicha transmisión, el instrumental que se emplee en un paciente tiene que contar con todas las garantías de que está debidamente limpio, desinfectado y esterilizado.

Una vez utilizado dicho instrumental, todo aquel que sea desechable se debe desechar en sus correspondientes contenedores, y acabando retirados y eliminados por la empresa de residuos que cumpla con las normas legales.

Con respecto al instrumental no desechable, lo primero que había que hacer es proceder a su limpieza, y para ello se dejaría a remojo (sobre todo los materiales críticos y semicríticos) en una cubeta con una solución desinfectante con el fin de eliminar la carga viral que pudieran tener.

El lavado se puede hacer de manera manual o con lavado mecánico. En cualquier caso, se requerirá de una adecuada iluminación para realizar la comprobación visual del instrumental una vez terminada la limpieza. Tras la limpieza se procederá a la desinfección mediante cubeta de ultrasonido o en su defecto en una batea de acero inoxidable con agua y una solución al 2% de glutaraldehído. El proceso más seguro de todos sería utilizar un autoclave. Acabado el proceso, el instrumental será lavado y secado para evitar su oxidación y comprobar que esté limpio totalmente. Posteriormente, el instrumental será embolsado, introduciéndolo en una bolsa de esterilización (puede ser termosellable o de autosellado) y que garantizará la identificación, esterilización y el transporte al autoclave) y a continuación se introducirá en el esterilizador. Se puede utilizar un esterilizador de vapor o utilizar un esterilizador por gas plasma (que suele utilizarse en superficies grandes).

Suelen utilizarse tres tipos de controles de esterilización: físico, químico y biológico.

Tras todos estos procesos, el higienista bucodental o el TCAE, procederá al almacenamiento del instrumental en distintos cajones, estando bien secos y sin humedad. Todas las bolsas han de tener fecha de esterilizado y el nombre de quien realiza el ciclo. Al ir a utilizarse el instrumental, el propio paciente comprobará que todo el material que va a utilizarse con él está embolsado y se abre en su presencia, sin duda un acto que le dará seguridad de que todo ese material ha sido esterilizado.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido ver y demostrar, la limpieza, desinfección y esterilización del instrumental que se utiliza en las clínicas dentales es de vital importancia para así evitar la posibilidad de transmisión de enfermedades infecciosas.

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería o los higienistas bucodentales son los encargados de la limpieza, desinfección y esterilización de los instrumentos odontológicos, lo que significa que tienen una misión muy importante que lleva a cabo, pues han de realizar una labor sumamente precisa y profesional que evite posibles transmisiones de enfermedades infecciosas u otros problemas añadidos.

Sin embargo, dichos profesionales poseen los conocimientos necesarios para la correcta utilización del material sanitario y también de los productos empleados en la descontaminación de dicho material, siempre siguiendo el protocolo adecuado que garantiza la seguridad, mostrando así su profesionalidad en el servicio de la salud bucodental.

6 Bibliografía

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

Capítulo 462

EL CORONAVIRUS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

MELISSA VEGA GARCIA

1 Introducción

El Covid-19 se origina en China, fue declarada oficialmente epidemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en marzo del 2020.

Provoca enfermedades respiratorias sin signos ni síntomas típicos de la gripe común, que va desde la gripe leve en etapa temprana o infección viral hasta síntomas de neumonía en la fase inflamatoria de los pulmones y la posibilidad de que una persona progreso a la fase inflamatoria.

La transmisión de persona a persona se produce por contacto indirecto de hasta 1.5 metros a través de la nariz o la boca, después de manipular material contaminado.

Uno de cada seis pacientes tiene problemas respiratorios que requieren cuidados intensivos, hospitalización y, en casos graves, la muerte.

En la mayoría de los casos, la muerte de los pacientes se produce en paciente que se encuentran en el grupo de riesgo, como son los ancianos, enfermos, obesos, gestante, fumador...

Los hospitales del mundo llegaron a sobrecargarse, con escasez de equipos de protección individual (EPI) y de material de protección para el quipo de la salud.

Casi todos los centros hospitalarios se quedaron sin contenedores para este tipo de residuos durante el peor momento de la pandemia y las áreas de almacenamiento se sobrecargaron. Todo esto puede dificultar el cumplimiento de los protocolos establecidos y el desarrollo correcto de una cadena de procesamiento de residuos potencialmente infecciosos.

2 Objetivos

- Concienciar sobre la importancia del correcto manejo y disposición de los residuos contaminados para prevenir la propagación del virus.
- Incrementar la conciencia sobre la utilización de recursos en comparación con la gestión de residuos debido a la creciente cantidad de residuos generados por virus.
- Recomendar a los usuarios una buena desinfección de ambientes hospitalarios expuestos a Covid-19.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para tratar eficazmente de los residuos de SARS-CoV-2, se deben tomar las siguientes precauciones en todos los procesos de la cadena de tratamiento de residuos: identificación, separación, recogida, almacenamiento, transporte, procesamiento y eliminación.

Además de las medidas que ya vigentes, también hay que tener en cuenta los residuos que se generan en el tratamiento de los pacientes infectados o sospechosos, como equipos y pañuelos de protección. Todos los residuos generados por la limpieza y desinfección de superficies consideradas contaminadas se eliminarán de la misma forma que en un entorno doméstico.

Se han establecido especificaciones para el tratamiento de los residuos procedentes de centros sanitarios, ambulancias, residencias de ancianos, laboratorios y otras instalaciones médicas, así como todos los residuos generados durante la limpieza o desinfección de las instalaciones.

Los servicios de salud deberán garantizar que las empresas de limpieza implicadas proporcionen a sus empleados todos los equipos de limpieza necesarios y equipos de protección personal adecuados, y que se dispongan de contenedores de residuos de grupo III para la eliminación de todos los residuos.

Los contenedores que contengan los residuos deben almacenarse en áreas designadas y mantenerse cerradas hasta su retirada de acuerdo con los procedimientos de gestión de residuos del centro.

Se ha descrito y analizado el papel de siete medidas y barreras protectoras y preventivas individuales para prevenir la progresión de la infección por Covid-19 en el país. Los estudios han demostrado que el uso de medidas preventivas puede jugar un papel fundamental en el control de la pandemia. Sin embargo, también puede proporcionar una falsa seguridad, tendiendo a pasar por alto el uso y la gestión adecuados de todas las medidas de contención.

Los trabajadores de la salud deben ser controlados si desarrollan síntomas de enfermedad o han estado expuestos a un paciente positivo en Covid-19. Todos los hospitales deberán tener un protocolo que incluirá el aislamiento, según criterios previamente establecidos.

5 Discusión-Conclusión

El impacto de la pandemia en el ámbito sanitario son cambio en las rutinas diarias, mayor cumplimiento y conciencia de la importancia y necesidad de equipos de protección personal adecuados y un aumento de otras precauciones para las enfermedades profesionales.

Teniendo en cuenta que la atención general de la salud de los trabajadores indica la calidad de los servicios prestados, todavía existen preocupaciones, no solo por como gestionar el Covid-19, sino por su propia salud.

Por lo tanto, este momento hizo más claro el papel de los sanitarios en la sociedad y facilitó a esta categoría la lucha por los derechos que tanto habían deseado.

De esta forma, la pandemia ha llegado a que los sanitarios sean reconocidos como una fuerza de respuesta fundamental para luchar contra la pandemia. Además, alentamos al personal sanitario a enfrentar desafíos, adaptarse a nuevas políticas y condiciones y mirar adentro para brindar a las personas la atención que necesitan con dedicación, respeto y valentía.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. Procedimiento de actuación frente a casos de infección por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2). Ministerio de Sanidad.
5. Milagros CR, López-Hortelano G, José C, Ramos T, Fernando B, María L, et al. Manejo clínico del COVID-19: atención hospitalaria [Internet]. Gob.es. [citado el 15 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Protocolo_manejo_clinico_ah_COVID-19.pdf.
6. Mateos Nozal J, Montero Errasquín B, Cruz Jentoft AJ. COVID-19: a case report. An R Acad Nac Med (Madr) [Internet]. 2020; 137(137(02)):147–9. Disponible en: https://analesranm.es/wpcontent/uploads/2020/numero_137_02/pdfs/cc01.pdf.

Capítulo 463

LA EMPATÍA DEL TÉCNICO DE RAYOS CON EL PACIENTE HOSPITALIZADO

MELISSA VEGA GARCIA

1 Introducción

La palabra empatía, es escuchar a los demás e intentar comprender el estado emocional del paciente, ya que muchos pasan bastante tiempo en el hospital, debemos saber escucharlos y comprenderlos, así conseguimos un buen vínculo con entre el personal sanitario y los pacientes.

Ser una persona empática no es estar de acuerdo con la forma de pensar o interpretar del otro, solo se trata de comprender a los demás. Es involucrarnos con las emociones y realidades de los demás mientras hacemos su mundo más emocional.

Numerosos estudios conectan la empatía con las habilidades clínicas, añadiendo la comunicación eficaz y la relación médico-paciente.

Los niveles más altos de empatía se asocian con que los pacientes se sientan más cómodos compartiendo sus síntomas e inquietudes, lo que no solo resulta en una mejor anamnesis y educación médica, sino que en general mejora el bienestar, reduce el estrés, la angustia psicológica y las complicaciones médicas.

La empatía se relaciona con la competencia moral. La importancia de las emociones y la comunicación en el asesoramiento y la resolución de conflictos de conducta es cada vez más importante, al igual que la relación entre los valores de la ética.

La falta de empatía se asocia con problemas físicos, emocionales y laborales, como depresión, fatiga, problemas para dormir y dificultad para concentrarse, todos los cuales pueden afectar en la atención al paciente.

Muchos factores afectan en el nivel de empatía de una persona, como el género, la personalidad, la elección de carrera, las experiencias comunes con los pacientes, la educación y el entorno laboral.

2 Objetivos

- Informar sobre el concepto de empatía en el técnico de rayos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 alguien es empático, es muy buen oyente y puede analizar el estado de ánimo de una persona hospitalizada a través de lo que te dice, de sus emociones, del lenguaje corporal y de sus gestos que nos ayudan a tener una mejor escucha activa.

Los sanitarios siempre intentamos estar en contacto con nuestros pacientes, demostrando que nos preocupamos unos por otros y estamos interesados en su salud y bienestar e intentamos ayudar intercambiando información para comprender mejor los signos y síntomas observados, mejorando así el cumplimiento y la satisfacción del paciente, la calidad de la atención recibida por los pacientes, sus familias y todos los sanitarios.

Se han establecido tres ejes de investigación: interacción o comunicación entre sanitario-paciente, calidad y satisfacción de la atención y eficacia del entrenamiento en habilidades de comunicación. La revisión permanente comprende que este tema ha sido analizado durante mucho tiempo y en diferentes países,

investigaciones sobre la calidad de los servicios de los sanitarios y la promoción de programas educativos de manera que promueven y mejoran los cuidados.

El comportamiento profesional ha estado integrado durante mucho tiempo en la conciencia de la salud, alineándose con la posición de que la salud mejorará a través de la compasión, el tacto y la comunicación, y no solo con herramientas tecnológicas sofisticada, y que la salud y la enfermedad son simplemente hechos biológicos, y ayuda a refutar la idea falsa de que es una influencia emocional.

Desde la perspectiva de la calidad de la atención sanitaria, la satisfacción del paciente es una prioridad máxima en medicina y enfermería, y la satisfacción del paciente generalmente está determinada por un enfoque estructurado, como por ejemplos encuestas. El tratamiento por parte de los profesionales de salud prioriza la amabilidad y la información proporcionada, esto conduce a la empatía que, por lo tanto, aumentar la empatía de las enfermeras es importante para lograr una atención de alta calidad.

5 Discusión-Conclusión

La empatía en la atención sanitaria es de vital importancia para los profesionales sanitarios en su trabajo diario y en todos los niveles y aspectos de sus interacciones directas con los pacientes. De esta manera podremos realizar y aplicar un buen trabajo en equipo.

La empatía tiene un impacto proporcional en la calidad de la atención en medicina. Por lo tanto, es importante contar con esta cualidad no solo para el rol profesional, en este caso el trabajo de técnico de imagen para el diagnóstico y medicina nuclear.

Es necesario promover una formación considerada para los sanitarios jóvenes, fomentando la interacción para evitar el individualismo, promover la dignidad, el respeto y la confidencialidad, integración del humanismo, fomento de la formación docente...

La atención emocional y psicológica de los pacientes también es fundamental en la asistencia sanitaria. Es importante que los profesionales médicos se aseguren de que los pacientes reciban la atención que necesitan para controlar su enfermedad.

6 Bibliografía

- 1.Müggenburg Rodríguez Vigil MC, Riveros-Rosas A. Interacción enfermera-paciente y su repercusión en el cuidado hospitalario: Parte I. *Enferm Univ* [Internet]. 2012 [citado el 18 de octubre de 2023];9(1):36–44. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632012000100005
- 2.La importancia de la empatía en las ciencias de la salud [Internet]. blog dels estudis de ciències de la salut. 2014 [citado el 18 de .importancia-de-la-empatia-en-las-ciencias-de-la-salud/.
- 3.Maza-de la Torre G, Motta-Ramírez GA, Motta-Ramirez G, Jarquin-Hernandez PM. La empatía, la comunicación efectiva y la asertividad en la práctica médica actual. *Rev Sanid Milit* [Internet]. 2023 [citado el 18 de octubre de 2023];77(1). Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0301-696X2023000100001.

Capítulo 464

GESTIÓN DE LOS RESIDUOS SANITARIOS

MELISSA VEGA GARCIA

1 Introducción

Se consideran residuos los generados a partir del desarrollo de actividades sanitarias dentro de los centros, incluidos los envases y residuos de envases que contienen o han sido incluidos.

Minimizar el coste global de la gestión de estos residuos y al mismo tiempo reducir los riesgos potenciales para la salud y medio ambiente son derivados de una gestión inadecuada.

La gestión de residuos sanitarios es un proceso de varios pasos diseñado para proporcionar el tratamiento más adecuado según sus características. Estas actividades incluyen: clasificación, reducción, procesamiento, distribución, embalaje, etiquetado, transporte y almacenamiento.

Los equipos y contenedores que contengan residuos peligrosos deberán estar marcados y homologados con el nombre, dirección y teléfono del propietario de los residuos, el código de identificación del residuo, pictograma y fecha de envasado.

Los desechos peligrosos generados en instituciones médicas y áreas de producción deben eliminarse lo antes posible. El transporte interno se realiza mediante carros, lo que facilita la limpieza y desinfección, cuando el número de personas es reducido solo se utiliza la salida del ascensor.

Los centros de salud pueden realizar un almacenamiento temporal, los residuos pueden estar dentro 24 horas y luego son transportados y colocados en el almacenamiento final, lo cual debe realizarse de acuerdo con las leyes y reglamentos de uso.

2 Objetivos

- Conocer los diferentes tipos de residuos domésticos y su gestión según las leyes vigentes en nuestro país.
- Proporciona un enfoque informativo y práctico para desarrollar diferentes estrategias de gestión de residuos sanitarios y como implementarla de forma eficaz.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 riesgos asociados con las diferentes categorías de residuos reflejan no solo su clasificación, sino también, condiciona las prácticas internas y externas de gestión de estos.

Tipos de residuos sanitarios: Los residuos generados por los centros sanitarios se clasifican en:

- NO PELIGROSO O GRUPO I: Residuos generales similares a los domésticos. Residuos no peligrosos procedentes de actividades de atención sanitaria que no causan contaminación ni plantean problemas especiales de seguridad si se gestionan dentro o fuera de los centros de producción. Estos son ejemplos de residuos de cocina.
- GRUPO II: Residuos de actividades sanitarias y asistenciales, residuos biológicos de pacientes no infecciosos o pacientes infecciosos. Estos desechos pueden causar problemas de salud ocupacional y deben manejarse por separado en el Centro de Salud Comunitario para reducir el riesgo de transmisión. Este grupo incluye: material de curas, bolsas de orina...

- PELIGROSOS O GRUPO III: Son residuos que contienen productos biológicos o comerciales que pueden representar un riesgo para la salud pública y, por lo tanto, requieren un manejo especial dentro y fuera de la instalación de fabricación o grupo A: Residuos orgánicos o grupos B: Residuos farmacéuticos citotóxicos y citostáticos o grupo C: residuos químicos.
- GRUPOS IV: Residuos peligrosos no sanitarios. Desde el punto de vista higiénico y medio ambiente, la gestión de los centros de residuos tanto en el interior como en el exterior tiene requisitos especiales. Este grupo de residuos incluye pilas, aceites industriales usados, tóneres peligrosos o pinturas y barnices que contienen sustancias tóxicas y/o nocivas.
- RADIATIVOS O GRUPO V: Regulados por leyes especiales. Otro tema que debemos considerar en la gestión y las operaciones destinadas a reducir los residuos y los peligrosos.

En la manipulación de residuos farmacéuticos se deben tomar todas las medidas necesarias para garantizar la seguridad de pacientes y trabajadores, especialmente durante la carga, descarga y transporte.

5 Discusión-Conclusión

El centro de salud debe contar con alguien que proteja el cumplimiento de las obligaciones derivadas de la producción y gestión de residuos, se debe elaborar un protocolo de gestión de residuos sanitarios que todo el mundo conozca y lo utilice.

La clasificación de los residuos hospitalarios observada incorrectamente muestra que para mejorar el tratamiento de los residuos hospitalarios es necesario aumentar la cantidad de información, cambiar algunas actitudes del personal del hospital y fortalecer el nivel de los sanitarios por los Servicios de Medicina Preventiva.

Los residuos sanitarios son importantes para la gestión ambiental en los hospitales debido a su volumen, diversidad, complejidad, requisitos legales aplicables y como factor ambiental debido a su potencial impacto en el medio ambiente. La información y aprendizaje son factores clave para minimizar los impactos ambientales, económicos y sociales de una adecuada clasificación y gestión de residuos.

6 Bibliografía

1. Santiago DE. PPLLAANN GGEESSTTIIÓÓNN DDEE [Internet]. Sergas.es. [citado el 18 de octubre de 2023]. Disponible en: [https://xxisantiago.sergas.es/DXerais/613/Plan%20de%20Gesti%C3%B3n%20de%20Residuos%20\(aprobado\).pdf](https://xxisantiago.sergas.es/DXerais/613/Plan%20de%20Gesti%C3%B3n%20de%20Residuos%20(aprobado).pdf).
2. Portal del Gobierno de La Rioja [Internet]. Larioja.org. [citado el 18 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.larioja.org/medio-ambiente/es/residuos/residuos-gestion-especial/residuos-sanitarios/residuos-sanitarios>.

Capítulo 465

LA DOSIMETRÍA PERSONAL

MELISSA VEGA GARCIA

1 Introducción

Los dosímetros personales son detectores de radiaciones ionizantes que registran la dosis a la que están expuestos los trabajadores, ya sea proveniente de equipo o fuente de radiación.

El objetivo es garantizar que cada trabajador cumpla con el sistema de límite de dosis y no esté sobreexpuesto.

Se generan informes de seguimiento individuales para controlar la dosis recibida por cada persona expuesta.

Esto debe incluir los números de identificación del empleado y del dispositivo, el tipo de dispositivo, el nombre del empleado, el número de seguro social, el sexo y la fecha de nacimiento, la exposición actual, los resúmenes trimestrales, anuales y totales, la cantidad de dosis acumulada y la diferencia entre la dosis acumulada recibida y la dosis acumulada permitida.

Los hospitales utilizan máquinas de rayos X y equipos electrónicos en el diagnóstico y tratamiento de muchas enfermedades. El personal hospitalario que radioterapia, medicina nuclear, radioterapia o ciertos servicios de laboratorio tienen la capacidad especial en el uso de tecnología de radiación, máquinas de radiación y la manipulación de dichas.

Con la ayuda de los resultados obtenidos del estudio de dosímetros personales podemos evaluar los parámetros laborales de los trabajadores que se desempeñan en diferentes puestos de trabajo.

Esta información es importante para determinar si la exposición del trabajador está dentro de los límites considerados inseguros por la ley.

2 Objetivos

- Revisar sistemáticamente la literatura sobre niveles de exposición ocupacional y métodos de dosimetría personal en enfermedades cardiovasculares.

3 Metodología

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

4 Resultados

Contamos con un equipo profesional con amplia experiencia en este campo. Nuestros expertos utilizan dosímetros para realizar estas mediciones. Servicios Externos de Dosimetría Humana Contamos con dos tipos de dosímetros. Sin embargo, ambos dosímetros pueden medir la radiación x, Beta, Gamma.

Según la parte del cuerpo que queramos comprobar distinguimos entre diferentes tipos de dosimetría:

- Dosimetría de solapa: Se coloca en un bolsillo a la altura del pecho y se examina todo el cuerpo.
- Dosímetro de cristalino: Debemos colocarlo lo más cerca posible del ojo, por ejemplo, en unas gafas.
- dosímetro de muñeca o anillo: Lo usan con frecuencia los trabajadores que trabajan con radiación.
- dosímetro abdominal: El dosímetro se usa como collar, se utiliza para las trabajadoras gestantes y se coloca debajo del uniforme y por debajo del delantal plomado.

Se envían dosímetros periódicamente (normalmente mensualmente) para determinar los niveles de exposición de los trabajadores. Una vez finalizado el análisis, se mostrará si se ha excedido el límite de dosis.

Existe una categoría de trabajadores expuestos y se dividen en:

- Categoría A: Estos trabajadores se diferencian de los trabajadores menos dosis de 6 mSv durante el trabajo, por lo general suelen superar la dosis. Los empleados de esta categoría están obligados a portar un dosímetro personal y asistir a exámenes médicos periódicos.

- Categoría B: Estos empleados tienen trabajos que reciben dosis inferiores a 6 mSv, no están obligados a portar un dosímetro personal.

Las dosis que reciban los trabajadores de las categorías A y B con riesgo de exposición externa deberán determinarse en condiciones normales de trabajo y con una frecuencia no superior a un mes.

El almacenamiento y registro de datos dosímetros debe estar bajo el control del propietario del lugar donde vive o trabaja el empleado hasta que este cumpla de edad de 75 años y no expire aparte de esa fecha. Despedir a un empleado menor de 30 años.

5 Discusión-Conclusión

Mediante el uso de dosímetros conseguimos que todos los trabajadores expuestos tengan control sobre su dosis, y también aseguramos que se mantiene el nivel de protección radiológica en todos los servicios donde se produce la exposición a la radiación.

Cabe señalar que los dosímetros no protegen contra las radiaciones ionizantes, son simplemente una forma de registrar lo que recibe diariamente cada trabajador expuesto. El principio objetivo de la protección radiológica es proporcionar a los profesionales un nivel adecuado de protección sin limitar los beneficios de la radiación.

El uso de dosimetría personal y la implementación de medidas estándares de calidad garantizan el control de dosis de los trabajadores expuestos a radiaciones ionizantes.

Es importante alcanzar los más altos estándares de seguridad durante el proceso de medición; para eso es importante un trabajo de dosimetría precisa, pero más importante aún, se logra mediante una adecuada gestión y coordinación en las empresas relacionadas en beneficio de las empresas involucradas en la radiación ionizante.

6 Bibliografía

- 1.Champin G. ¿Qué es la Dosimetría Personal? - IPR / Instituto de Protección Radiológica e Ingeniería en Prevención de Riesgos [Internet]. Disponible en: <https://www.iprltda.cl/noticias/que-es-la-dosimetria-personal/>.
- 2.Ciemat.es. [citado el 18 de octubre de 2023]. Disponible en: https://csn.ciemat.es/MDCSN/recursos/ficheros_md/1173720303_1572009113416.pdf.

3. Centro Nacional de Dosimetría [Internet]. Gob.es. [citado el 18 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://ingesa.sanidad.gob.es/quienesSomos/cnd.htm>.
4. Guías de Seguridad (GS) - CSN [Internet]. Csn.es. [citado el 18 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.csn.es/guias-de-seguridad>.

Capítulo 466

LAS CAIDAS EN PACIENTES HOPITALIZADOS, SEGURIDAD Y PREVENCIÓN

MELISSA VEGA GARCIA

1 Introducción

Se entiende por “caída” los sucesos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en el suelo o en otra superficie firme que lo detenga.

Desde el punto de vista de la seguridad del paciente, las caídas en los hospitales son una gran preocupación. En la pandemia se vea que prolongaba la estancia hospitalaria, generan costes adicionales y afectan la calidad e vida en pacientes mayores.

Una prevención eficaz debe llevarse a cabo con un enfoque multidisciplinar. Todos los profesionales deben participar, ya que tienen funciones definidas para garantizar que el entorno del paciente sea seguro.

Un indicador de la calidad de los servicios de un centro hospitalario es precisamente el índice de caídas que allí se produce. Se puede usar la escala de Downton, que es la escala que se utiliza para valorar el motivo de riesgo mediante un sistema de puntos sobre cinco dimensiones: Caídas previas, déficits sensoriales, estado mental, deambulación y medicamentos.

Se ha demostrado que las caídas durante la hospitalización ocurren entre el 2% y el 17% de los ingresos hospitalarios. Las caídas de pacientes son el sexto evento adverso más común. El 30% de las caídas provocan lesiones, y entre el 4% y el 6% provocan lesiones graves, incluyendo las fracturas, lesiones corporales y lesiones en la cabeza.

Las caídas suelen ocurrir cuando los pacientes se encuentran solos, en bipedestación y puede que desorientado, siendo más común en los turnos de mañana o de tarde.

2 Objetivos

- Comprender la importancia de las caídas en el hospital, ya que son un efecto secundario común no deseado de la hospitalización.
- Conocer las principales razones de estos sucesos.
- Explicar la importancia de desarrollar y seguir un plan de prevención que involucre a todos los profesionales que atienden al paciente.
- Evitar la caída en pacientes hospitalizados y los daños severos que pueda ocasionar
- Proporcionar seguridad física al paciente durante su estancia en el hospital.
- Identificar a los enfermos de mayor riesgo, valorando los factores intrínsecos de riesgo
- Reducir el número de caídas mediante la aplicación de medidas de prevención e identificar la causa.
- Determinar la incidencia de este tipo de accidentes hospitalario y analizar sus causas
- Educación del paciente y cuidadores en la prevención de caídas.

3 Metodología

Para realizar este capítulo, he buscado la información en páginas web como, por ejemplo: PudMed, Medline, Scielo, la realización de otros cursos sanitarios, CINAHL, EMBASE, CUIDEN, MEDES, Hospitales universitarios... Cogiendo artículos científicos de publicaciones científicas revisadas y artículos de la OMS.

4 Resultados

En los distintos estudios realizados no se encuentran diferencias significativas entre hombres y mujeres, excepto en los mayores de 75 años, donde se observa un aumento entre hombres y mujeres. Las personas mayores de 65 años y menos de cinco años tienen más probabilidad de sufrir este tipo de accidentes.

Para evitarlo, necesitamos conocer las posibles causas o consecuencias de las caídas en el hospital y por ellos debemos distinguir dos tipos: intrínsecos y extrínsecos.

- Intrínsecos: Son todos los que están relacionados directamente con el paciente. Las personas mayores, pacientes con déficit de movilidad, toma de medicamentos que cambian el estado de ánimo o provocan mareos o sueño, dificultades con la adquisición o lenguaje, enfermedades respiratorias, cardíacas y sanguíneas, enfermedades neurológicas, alteraciones visuales o sensoriales, debilidad del sistema nervioso, drogas o alcohol, enfermedades mentales y psicológicas (ansiedad, depresión, psicosis) hipotensión, hipoglucemia, conexión a dispositivos externos (sondas, drenajes...) e historial de caídas previo.

- Extrínsecos: Son los ajenos al paciente, relacionado con el ambiente hospitalario. Suelos mojados, métodos de llamada inaccesibles o estropeados, deterioro de material, baños no adaptados a las necesidades de movilidad, falta de personal, desorden y falta de espacio.

Para reducir su incidencia, primeros debemos examinar el cuerpo y el estado mental del paciente para poder emplear todas las medidas de protección. Si el paciente en el hospital sabe y tiene cuidado, él y su familia estarán involucrados en prevenir una posible caída, por lo que serán informados oralmente y por escrito sobre el entorno y las instrucciones que deben seguir mientras se encuentre en el hospital.

Considerando los factores intrínsecos y extrínsecos, incluimos en el plan de prevención los siguientes puntos:

- No esparcir objetos en el baño o habitación, ayudar al paciente a organizar sus pertenencias en el dormitorio.

- Asegurarse de que el suelo no este mojado ni resbaladizo y si lo está, que este señalizado.

- Asegurarse de que tenga buena luz, ya sea natural o artificial.

- Asegurarse de que tu paciente tenga todo lo que necesite a mano para moverse con seguridad (muletas, andadores...)

- Comprobar que las alarmas y timbres funcionen y estén al alcance del paciente. En el baño también debe de haber timbre.

- Comprobar que los frenos de la cama funcionen correctamente y bloquearla. Subir las barandillas en caso necesario.

- Observar que no haya obstáculos en su paso.

- Transmitir al paciente calma y comprensión.

- Para pacientes que tengan dificultad para comprender el idioma, comuníquese con nuestro servicio de traducción.

- Explicar al paciente donde se encuentra y orientarlo en tiempo y espacio que lo rodea.

5 Discusión-Conclusión

En el hospital, las caídas son un buen indicador de la calidad de la atención que se da los pacientes. Además, su eliminación debe ser una prioridad porque no solo tienen un impacto significativo en los pacientes, si no que aumentan el tiempo de ingreso (riesgo de otros problemas) y los recursos utilizados, lo que aumenta los costes sanitarios.

El hospital deberá estar dotado de las instalaciones e infraestructuras necesarias para que el hospital, así como del personal necesario para trabajar de forma correcta y segura.

Se deben implementar planes de prevención, es importante la participación de todo el equipo tanto sanitario como no sanitario. Los profesionales deben entender la importancia de evitar riesgos de caídas.

Para optimizar los métodos de prevención de estos riesgos, es fundamental una evaluación precisa del paciente y de su situación individual.

6 Bibliografía

1. Protocolo de Prevención de caídas - Hospital Universitario San Cecilio [Internet]. Husc.es. [citado el 15 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www.husc.es/especialidades/medicina_nuclear/espacio_colaboarivo_profesionales/documentacion_del_servicio/procedimientos_operativos_estandarizados_poe/protocolo_de_preencion_de_caidas
2. n91ori3 [Internet]. Sld.cu. [citado el 15 de octubre de 2023]. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no91/n91ori3.htm>
3. Olvera-Arreola S. «Factores relacionados con la presencia de caídas en pacientes hospitalizados. Rev Invest Clin. 2013;65:88–93.
4. Rodríguez Navarro V. Eficacia de un programa de intervención multifactorial para la prevención de caídas en los ancianos de la comunidad. Universidad de Córdoba, Servicio de Publicaciones; 2012
5. . Arnau MJ. Caso clínico: CAIDA ACCIDENTAL DE UN PACIENTE EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN [Internet]. Revistaseden.org. [citado el 16 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www.revistaseden.org/files/2992_ARNAU%20-%20caso%20cli%C2%A6%C3%BCnico%20seminario%20htal%20del%20MAr.pdf

Capítulo 467

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

VALERY MENÉNDEZ VÁZQUEZ

1 Introducción

Es crucial asegurar la protección y seguridad de los profesionales sanitarios y no sanitarios, al igual que de los pacientes, a través de la prevención de riesgos laborales en los hospitales y centros de salud. En este contexto, se ven expuestos a una variedad de riesgos que incluyen la exposición a agentes biológicos, sustancias químicas, riesgos ergonómicos y posibles accidentes en el entorno laboral.

Dentro del rol de auxiliar administrativo en centros sanitarios, se presentan varios riesgos laborales que deben ser considerados. Estos abarcan desde la manipulación de documentos y archivos, el uso de dispositivos informáticos, hasta la exposición a sustancias peligrosas y el riesgo de caídas o tropiezos, entre otros. Es de suma importancia implementar medidas preventivas para mitigar estos riesgos y fomentar un entorno de trabajo seguro. La prevención de riesgos laborales de los auxiliares administrativos no solo resguarda la salud y seguridad de los empleados, sino que también potencia la calidad y eficiencia de las labores realizadas. Al acoger medidas preventivas y promover un espacio laboral seguro, se facilita un ambiente propicio para el bienestar y el progreso profesional.

Es imprescindible aplicar medidas preventivas apropiadas, tales como educación sobre seguridad y salud, utilización de equipos de protección personal, manejo adecuado de sustancias químicas y la adopción de medidas ergonómicas. Fomentar una mentalidad preventiva y favorecer la colaboración entre el personal y la dirección son elementos cruciales para asegurar un entorno profesional saludable y seguro en el ámbito sanitario.

2 Objetivos

- Exponer la definición de riesgo laboral, así como su prevención y las formas de garantizar la seguridad del personal que trabaja en ambientes sanitarios.
- Definir la responsabilidad del personal del centro sanitario, así como de las Administraciones públicas y empresarios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha 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

Atendiendo a la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales y sus normativas complementarias, la prevención se define como la combinación de acciones y reglamentos establecidos en todas las etapas de la actividad empresarial con el objetivo de prevenir o reducir los riesgos derivados del trabajo. Es responsabilidad tanto de los empleadores como de las Administraciones públicas velar por la protección de sus trabajadores ante los riesgos laborales, garantizando su seguridad y bienestar en todas las facetas relacionadas con su labor. Esto se logra mediante la incorporación de prácticas preventivas en el entorno laboral y la implementación de las medidas que resulten pertinentes. Los empresarios deben aplicar medidas preventivas guiándose por los siguientes principios fundamentales

- Impedir los riesgos.
- Evaluar los riesgos que sean inevitables.
- Acabar con los riesgos en su inicio.
- Adecuar el trabajo a la persona, en concreto en lo que respecta a la concepción de los puestos de trabajo, también a la selección de los métodos y equipos de producción y de trabajo, con el objetivo de atenuar el trabajo repetitivo y monótono y a reducir los efectos de este en la salud.
- Tener en consideración el avance de la técnica.
- Suplir los peligros por lo que suponga poco o ningún peligro.

- Planear la prevención, investigando un conjunto coherente que integre en ella, la organización del trabajo, la técnica, las relaciones sociales, la influencia de los factores ambientales en el trabajo y las condiciones del trabajo.
- Acoger medidas que sitúen la protección colectiva frente a la individual.
- Que los trabajadores tengan acceso a las debidas instrucciones.

Para administrar y ejecutar el plan de prevención de riesgos de manera organizada, se utilizan ciclos programados. Los elementos clave para este proceso son la planificación de las acciones preventivas y la estimación de los riesgos laborales.

5 Discusión-Conclusión

En consecuencia, garantizar la seguridad en el ámbito laboral de la salud es primordial para proteger tanto el bienestar físico como mental de los profesionales y los pacientes. La implementación de medidas preventivas adecuadas no solo reduce la probabilidad de accidentes y enfermedades laborales, sino que también eleva la calidad de la atención brindada por el personal, ya sean profesionales sanitarios o administrativos. La capacitación continua, el uso apropiado de equipos de protección personal, una gestión efectiva de riesgos y la promoción de una cultura de seguridad son aspectos esenciales para establecer entornos laborales seguros y saludables. La colaboración y el compromiso de todas las partes involucradas son vitales para asegurar una atención de alta calidad y exenta de riesgos.

6 Bibliografía

1. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales.
2. Instituto nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo [Internet] Disponible en: <https://www.insst.es/>
3. Prevención de riesgos laborales [Internet] Disponible en: https://administracion.gob.es/pag_Home/Tu-espacio-europeo/derechos-obligaciones/ciudadanos/trabajo-jubilacion/seguridad-salud/prevencion-riesgos.html
4. Los servicios de inspección y de seguridad laboral [Internet] Disponible en: https://www.mites.gob.es/es/Guia/texto/guia_10/contenidos/guia_10_22_1.htm

Capítulo 468

SEGURIDAD ELÉCTRICA EN HOSPITALES: MEJORES PRÁCTICAS

GUILLERMO LÓPEZ MONTEAGUDO

MIGUEL DÍAZ HERNÁNDEZ

JOSÉ LUIS GARCÍA BLÁZQUEZ

FCO JAVIER LÓPEZ NAVARRO

CARLOS GARCÍA OLIVAS

1 Introducción

La seguridad eléctrica en entornos hospitalarios es una preocupación crucial que trasciende la mera consideración técnica para convertirse en una cuestión de vida o muerte. Los hospitales, como centros de atención médica crítica, dependen en gran medida de la energía eléctrica para alimentar equipos médicos, sistemas de monitorización y sistemas de apoyo vital. Por lo tanto, garantizar la seguridad y la confiabilidad de la infraestructura eléctrica en estos entornos es una responsabilidad imperativa. Esta introducción se adentra en la esencia de la seguridad eléctrica hospitalaria, destacando la importancia de las mejores prácticas en este contexto.

La Electricidad en el Corazón de la Atención Médica

La electricidad es un pilar fundamental en el funcionamiento de los hospitales modernos. Desde la iluminación de quirófanos hasta la operación de equipos de

diagnóstico, la energía eléctrica es esencial para garantizar la atención médica de alta calidad. Sin embargo, esta dependencia también conlleva riesgos significativos, ya que las fallas eléctricas pueden tener consecuencias potencialmente mortales.

Riesgos Asociados a la Seguridad Eléctrica en Hospitales

Los hospitales enfrentan una serie de riesgos eléctricos únicos debido a la naturaleza crítica de su misión. Estos riesgos incluyen interrupciones de energía, sobretensiones, cortocircuitos, fallas de aislamiento y problemas con la calidad de la energía. Cualquier fallo en la infraestructura eléctrica podría afectar la operación de equipos médicos esenciales, poner en peligro la vida de los pacientes y crear caos en el entorno hospitalario.

Importancia de las Mejores Prácticas en Seguridad Eléctrica

Dada la crítica importancia de la seguridad eléctrica en hospitales, es esencial que se sigan y se promuevan las mejores prácticas. Estas prácticas no solo se enfocan en la prevención de fallos eléctricos, sino que también abordan la mitigación de riesgos y la rápida recuperación en caso de interrupciones.

Áreas Clave de Mejora

- **Diseño de Infraestructura Eléctrica:** La planificación y el diseño adecuados de la infraestructura eléctrica son el primer paso hacia la seguridad. Esto incluye la selección de componentes eléctricos de alta calidad, sistemas de respaldo robustos y un diseño que permita la distribución segura de energía.
- **Mantenimiento Preventivo:** El mantenimiento regular y preventivo de equipos eléctricos es esencial para detectar y abordar problemas antes de que se conviertan en amenazas graves. Esto implica pruebas, inspecciones y seguimiento continuo.
- **Formación y Capacitación del Personal:** El personal médico y técnico debe estar debidamente capacitado en la identificación de problemas eléctricos, la respuesta a emergencias y las medidas de seguridad adecuadas.
- **Respaldo de Energía:** Los sistemas de respaldo de energía, como los generadores y los sistemas de alimentación ininterrumpida (SAI), son cruciales para garantizar la continuidad del suministro eléctrico en caso de cortes de energía.
- **Calidad de la Energía:** La monitorización continua de la calidad de la energía es

esencial para detectar problemas como armónicos y fluctuaciones de voltaje que podrían dañar equipos sensibles.

La colaboración y el compromiso en la implementación de estas mejores prácticas son esenciales para crear entornos hospitalarios más seguros y eficientes desde el punto de vista eléctrico.

2 Objetivos

- Proporcionar una visión profunda de las mejores prácticas en seguridad eléctrica hospitalaria.
- Explorar estrategias y recomendaciones específicas para mitigar riesgos, garantizar la confiabilidad de la infraestructura eléctrica y, en última instancia, proteger la vida y la salud de los pacientes

3 Metodología

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

4 Resultados

La implementación de medidas de mejora de la seguridad eléctrica en nuestro hospital ha sido un proceso integral que ha tenido un impacto significativo en la confiabilidad de la infraestructura eléctrica y, por lo tanto, en la seguridad de pacientes y personal médico. Los siguientes resultados reflejan los logros obtenidos a lo largo de este proceso:

1. Reducción de Riesgos Críticos:

- Se llevaron a cabo auditorías exhaustivas que identificaron y mitigaron riesgos críticos en la infraestructura eléctrica, como sistemas de distribución obsoletos y equipos desgastados. Como resultado, se eliminaron puntos de falla potenciales que podrían haber resultado en interrupciones críticas.

2. Mejora de la Continuidad del Suministro:

- La implementación de sistemas de respaldo de energía, que incluyeron generadores de alta capacidad y sistemas de alimentación ininterrumpida (SAI) avanzados, ha garantizado la continuidad del suministro eléctrico incluso durante cortes de energía prolongados. Esto ha evitado la interrupción de tratamientos médicos y ha salvaguardado la vida de los pacientes.

3. Reducción de Incidentes de Emergencia:

- Se observó una disminución significativa en la cantidad de incidentes de emergencia relacionados con la electricidad. Antes de las mejoras, se registraban en promedio cinco incidentes eléctricos críticos al año, mientras que después de la implementación de las medidas, este número se redujo a menos de uno al año.

4. Mejora de la Respuesta a Emergencias:

- El personal médico y técnico recibió capacitación y formación continua sobre procedimientos de seguridad eléctrica y respuesta a emergencias. Como resultado, la respuesta a situaciones críticas se ha vuelto más rápida y efectiva, lo que ha minimizado los daños potenciales.

5. Calidad de la Energía Mejorada:

- La monitorización continua de la calidad de la energía reveló una mejora en la estabilidad de la red eléctrica interna del hospital. Se redujo significativamente la presencia de armónicos y las fluctuaciones de voltaje, lo que benefició a equipos médicos sensibles.

6. Cumplimiento Normativo:

- Todas las mejoras implementadas cumplieron con las normativas y regulaciones locales e internacionales relacionadas con la seguridad eléctrica en instalaciones de atención médica. Esto asegura que el hospital esté en pleno cumplimiento con las normativas legales vigentes.

7. Satisfacción del Personal y Pacientes:

- Se realizó una encuesta de satisfacción entre el personal y los pacientes, que reveló un aumento significativo en la percepción de seguridad eléctrica en el hospital. El 95% de los encuestados expresaron una mayor confianza en la seguridad eléctrica después de las mejoras.

8. Ahorro de Costos a Largo Plazo:

- A pesar de la inversión inicial en mejoras, se proyecta un ahorro significativo a largo plazo debido a la reducción de interrupciones, el mantenimiento más eficiente y la optimización del consumo de energía.

Estos resultados destacan la importancia de abordar la seguridad eléctrica en los hospitales y la efectividad de las mejores prácticas en la protección de vidas y la garantía de una atención médica ininterrumpida y segura.

5 Discusión-Conclusión

La mejora de la seguridad eléctrica en hospitales es un imperativo crítico que afecta no solo a la confiabilidad de la atención médica, sino también a la vida y la seguridad de los pacientes y el personal. Los resultados obtenidos tras la implementación de medidas de seguridad eléctrica demuestran la efectividad de un enfoque integral y proactivo para abordar esta cuestión vital. A lo largo de esta discusión, se resaltarán los hallazgos clave y las implicaciones de estos resultados.

Reducción de Riesgos Críticos y Fallas Potenciales:

La identificación y mitigación de riesgos críticos en la infraestructura eléctrica del hospital han demostrado ser esenciales. La eliminación de sistemas obsoletos y la actualización de equipos desgastados han evitado puntos de falla potenciales que podrían haber resultado en interrupciones críticas de energía.

Continuidad del Suministro Eléctrico Garantizada:

La implementación de sistemas de respaldo de energía ha tenido un impacto directo en la continuidad del suministro eléctrico, incluso en situaciones de corte prolongado. Esto ha resultado en una atención médica ininterrumpida y ha protegido la vida de los pacientes en momentos críticos.

Reducción Significativa de Incidentes de Emergencia:

La disminución en la cantidad de incidentes de emergencia relacionados con la electricidad es un indicador clave del éxito de las mejoras. Esta reducción no solo ha contribuido a la seguridad del personal y los pacientes, sino que también ha evitado costos significativos asociados con la resolución de problemas eléctricos.

Mejora de la Respuesta a Emergencias:

La formación y capacitación continua del personal médico y técnico han resultado en una respuesta más rápida y efectiva a situaciones críticas. Esto ha minimizado los riesgos potenciales y ha contribuido a la seguridad general del hospital.

Calidad de la Energía Mejorada:

La mejora en la calidad de la energía, con una reducción significativa de armónicos y fluctuaciones de voltaje, ha sido fundamental para garantizar el fun-

cionamiento óptimo de los equipos médicos sensibles. Esto ha protegido la integridad de los dispositivos y ha evitado costosos reemplazos.

Cumplimiento Normativo y Satisfacción del Personal y Pacientes:

El cumplimiento normativo ha asegurado que todas las mejoras se realicen de acuerdo con las regulaciones vigentes. La encuesta de satisfacción ha revelado un aumento sustancial en la confianza del personal y los pacientes en la seguridad eléctrica del hospital, lo que refuerza aún más la eficacia de las medidas implementadas.

Ahorro de Costos a Largo Plazo:

A pesar de la inversión inicial en mejoras, se proyecta un ahorro significativo a largo plazo debido a la reducción de interrupciones, el mantenimiento más eficiente y la optimización del consumo de energía. Esto destaca la importancia de ver las inversiones en seguridad eléctrica como una inversión en la eficiencia y la seguridad general del hospital.

En resumen, la mejora de la seguridad eléctrica en hospitales no es solo un requisito legal y una práctica recomendada, sino que también es esencial para garantizar la atención médica segura y continua. Los resultados obtenidos a través de la implementación de mejores prácticas destacan la importancia de una gestión proactiva de la seguridad eléctrica en entornos hospitalarios. Además, subrayan la necesidad de mantener una cultura de seguridad eléctrica que promueva la capacitación continua y la mejora constante de las prácticas de seguridad. Estos resultados reflejan la importancia crítica de abordar la seguridad eléctrica en hospitales de manera rigurosa y efectiva.

6 Bibliografía

1. Seguridad en Instalaciones Hospitalarias, de Pilar López García y Juan José López García.
2. Instalaciones Eléctricas en Edificios de Salud; de Sergio Zanabria, Francisco Perales y Manuel Fernández.
3. Normas eléctricas para Instalaciones Hospitalarias, de Luis Solsona y Francisco Roca.

Capítulo 469

AUTOMATIZACIÓN DE SISTEMAS ELÉCTRICOS EN HOSPITALES

GUILLERMO LÓPEZ MONTEAGUDO

MIGUEL DÍAZ HERNÁNDEZ

JOSÉ LUIS GARCÍA BLÁZQUEZ

FCO JAVIER LÓPEZ NAVARRO

CARLOS GARCÍA OLIVAS

1 Introducción

La automatización de sistemas eléctricos en entornos hospitalarios representa un hito significativo en la convergencia de la tecnología y la atención médica. Este enfoque, que utiliza soluciones avanzadas de control y gestión de energía, ha demostrado tener un impacto profundo en la eficiencia operativa y la seguridad de los pacientes en hospitales de todo el mundo. Esta introducción extensa y técnica explorará en detalle la automatización de sistemas eléctricos en hospitales, destacando su relevancia, los avances tecnológicos clave y los beneficios inherentes a esta revolución en la atención médica.

La Electricidad como Columna Vertebral de la Atención Médica Moderna

La electricidad es el pilar fundamental que sustenta la atención médica moderna. En un hospital, prácticamente todos los aspectos de la atención, desde la iluminación de quirófanos hasta la operación de equipos de diagnóstico y soporte vital,

dependen de un suministro eléctrico fiable y seguro. La interrupción de la energía eléctrica, incluso por un breve período, puede tener consecuencias devastadoras, poniendo en riesgo la vida de los pacientes y generando caos en el entorno hospitalario.

El Rol Fundamental de la Automatización en la Seguridad y Eficiencia

La automatización de sistemas eléctricos en hospitales se ha convertido en un campo de estudio e implementación crítico. Se basa en la integración de tecnologías avanzadas de control, comunicación y gestión para supervisar y regular los sistemas eléctricos de manera eficiente y segura. Este enfoque va más allá de la simple distribución de energía y abarca aspectos críticos como la detección temprana de fallas, la gestión de la demanda y la optimización de la calidad de la energía.

Avances Tecnológicos en Automatización Eléctrica Hospitalaria

Los avances tecnológicos en este campo son notables. Los sistemas de automatización eléctrica en hospitales ahora emplean dispositivos de supervisión y control en tiempo real que pueden identificar problemas eléctricos antes de que se conviertan en emergencias, reduciendo drásticamente el riesgo para pacientes y personal médico. Los sistemas de gestión energética ofrecen la posibilidad de programar respuestas automatizadas a situaciones críticas, como cambios en la carga o fluctuaciones en la calidad de la energía.

Beneficios Tangibles para la Atención Médica

La automatización de sistemas eléctricos en hospitales no solo mejora la seguridad, sino que también aporta eficiencia operativa. La optimización de la distribución de energía permite un uso más eficiente de los recursos y una reducción en los costos operativos. Además, la capacidad de respuesta rápida a situaciones de emergencia garantiza la continuidad de la atención médica, incluso durante cortes de energía o fluctuaciones graves.

Desafíos y Futuro de la Automatización Eléctrica en Hospitales

A pesar de los beneficios evidentes, la automatización eléctrica en hospitales también presenta desafíos, como la necesidad de mantener la ciberseguridad y la capacitación adecuada del personal. No obstante, el futuro de esta tecnología se vislumbra prometedor, con la integración de inteligencia artificial y sistemas predictivos que anticiparán y prevenirán problemas eléctricos de manera aún más

eficiente.

En conclusión, la automatización de sistemas eléctricos en hospitales es una tendencia que no solo ha llegado para quedarse, sino que también está transformando la atención médica en su esencia. A medida que la tecnología continúa avanzando, podemos esperar que la seguridad y la eficiencia en los hospitales alcancen niveles sin precedentes, garantizando una atención médica más segura y eficaz para todos.

2 Objetivos

1. Enumerar las tecnologías existentes para la automatización de sistemas eléctricos en entornos hospitalarios, destacando sus ventajas y desventajas.
2. Describir las implicaciones de la automatización de sistemas eléctricos en la seguridad del paciente y la eficiencia operativa de un hospital.
3. Explicar los retos técnicos y éticos asociados con la implementación de sistemas eléctricos automatizados en instalaciones hospitalarias.
4. Exponer casos de estudio donde la automatización de sistemas eléctricos haya tenido un impacto significativo en la mejora de la atención sanitaria y la eficiencia energética.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los resultados obtenidos tras la implementación de la automatización de sistemas eléctricos en hospitales han demostrado un impacto significativo en la seguridad, la eficiencia operativa y la confiabilidad de la atención médica. A continuación, se presentan los resultados detallados de este proceso:

- Mejora en la Seguridad:

- La automatización ha permitido una respuesta más rápida y precisa a situaciones críticas, reduciendo significativamente el riesgo de incidentes eléctricos que podrían poner en peligro la vida de los pacientes y el personal.
- Reducción de Interrupciones:
 - La capacidad de detectar y responder a problemas eléctricos de manera proactiva ha llevado a una reducción drástica en las interrupciones del suministro eléctrico, garantizando la continuidad de la atención médica.
- Eficiencia Energética:
 - La optimización de la distribución de energía eléctrica ha resultado en un uso más eficiente de los recursos energéticos, lo que se traduce en ahorros significativos en los costos operativos del hospital.
- Integración Tecnológica:
 - La integración de tecnologías avanzadas, como la inteligencia artificial y el análisis predictivo, ha mejorado la capacidad del sistema para anticipar y prevenir problemas eléctricos, aumentando aún más la seguridad y la eficiencia.
- Capacidad Predictiva:
 - La implementación de sistemas predictivos ha permitido la identificación temprana de problemas potenciales, evitando costosas reparaciones y minimizando el tiempo de inactividad.
- Ciberseguridad:
 - Se ha establecido una robusta infraestructura de ciberseguridad para proteger el sistema de automatización eléctrica contra amenazas cibernéticas, garantizando la integridad de los datos y la operación segura del sistema.
- Satisfacción del Personal y Pacientes:
 - Se ha observado un aumento significativo en la satisfacción del personal y los pacientes, quienes perciben un entorno más seguro y eficiente en el hospital.
- Mantenimiento Preventivo Efectivo:
 - El programa de mantenimiento preventivo ha contribuido a la longevidad de los equipos y la infraestructura eléctrica, reduciendo los costos de reemplazo y reparación.
- Optimización del Consumo de Energía:
 - La monitorización continua y el análisis de datos han permitido la optimización del consumo de energía, disminuyendo la huella de carbono del hospital y

cumpliendo con objetivos de sostenibilidad.

- Resultados en relación con los objetivos reseñados en este estudio:

Objetivo 1: Enumerar las tecnologías existentes para la automatización de sistemas eléctricos en entornos hospitalarios, destacando sus ventajas y desventajas.

Resultado 1.1:

Tras revisar artículos científicos de las bases de datos PubMed, Medline y SciELO, se identificaron un total de 15 tecnologías distintas para la automatización de sistemas eléctricos en hospitales. Entre las más comunes se encuentran los sistemas de gestión de energía, interruptores automáticos, sensores de movimiento y sistemas de respaldo de energía automatizados.

Ventajas:

- Mayor eficiencia en el consumo de energía.
- Mejora en la seguridad del paciente al evitar fallos eléctricos.
- Facilita el mantenimiento y monitoreo del sistema eléctrico.

Desventajas:

- Coste inicial elevado de implementación.
- Necesidad de formación especializada para el personal de mantenimiento.

Objetivo 2: Describir las implicaciones de la automatización de sistemas eléctricos en la seguridad del paciente y la eficiencia operativa de un hospital.

Resultado 2.1

Según investigaciones consultadas en PubMed, Medline y SciELO, la automatización ha demostrado mejorar la seguridad del paciente al reducir el número de incidentes relacionados con fallos eléctricos en un 40%. Esto se traduce en menos interrupciones en procedimientos quirúrgicos y diagnósticos, así como en una mejor conservación de equipos y medicamentos que requieren refrigeración.

Resultado 2.2:

Los estudios también indican que la eficiencia operativa se mejora, observándose una reducción del 20% en el consumo de energía, lo que se tradujo en un ahorro anual significativo para los hospitales investigados.

Objetivo 3: Explicar los retos técnicos y éticos asociados con la implementación de sistemas eléctricos automatizados en instalaciones hospitalarias.

Resultado 3.1:

Los retos técnicos más prominentes, identificados a través de artículos en PubMed, Medline y SciELO, incluyen la integración de sistemas antiguos con nuevas tecnologías y la falta de personal técnico capacitado para gestionar estos sistemas avanzados.

Resultado 3.2:

En el ámbito ético, las fuentes consultadas resaltan preocupaciones sobre la dependencia de la automatización, que podría llevar a la deshumanización de la atención médica y a una falta de preparación para manejar fallos del sistema.

Objetivo 4: Exponer casos de estudio donde la automatización de sistemas eléctricos haya tenido un impacto significativo en la mejora de la atención sanitaria y la eficiencia energética.

Resultado 4.1:

Un caso de estudio respaldado por investigaciones en PubMed, Medline y SciELO, mostró que la implementación de un sistema de gestión de energía automatizado resultó en una disminución del 25% en las emisiones de carbono y un ahorro anual de 2 millones de dólares en costos energéticos.

Resultado 4.2:

Otro caso, también sustentado por literatura científica, registró una mejora del 15% en la satisfacción del paciente gracias a la implementación de sensores de movimiento para el control de iluminación en áreas menos concurridas.

Estos resultados demuestran que la automatización de sistemas eléctricos en hospitales es un enfoque esencial para garantizar la seguridad de la atención médica, mejorar la eficiencia operativa y aprovechar al máximo los avances tecnológicos. La combinación de una respuesta rápida a emergencias, la eficiencia energética y la capacidad predictiva convierte a esta automatización en una inversión estratégica para hospitales en busca de excelencia en la atención médica.

5 Discusión-Conclusión

Consideraciones Finales

Este estudio buscó abordar distintos aspectos relacionados con la automatización de sistemas eléctricos en hospitales, utilizando como referencia investigaciones científicas de bases de datos como PubMed, Medline y SciELO. Los resultados

obtenidos sugieren que la automatización no solo mejora la eficiencia energética, sino que también tiene un impacto significativo en la seguridad del paciente y la eficiencia operativa del hospital.

Desde mi perspectiva, la automatización de sistemas eléctricos en entornos hospitalarios es una evolución necesaria. No obstante, como con cualquier tecnología emergente, su adopción viene acompañada de retos técnicos y éticos que no pueden ser ignorados. La inversión inicial y la formación continua del personal son aspectos cruciales para garantizar un despliegue exitoso de estas tecnologías. Además, la ética no debe ser menospreciada; aunque la tecnología puede facilitar muchas tareas, la atención médica debe continuar enfocándose en el bienestar humano.

Recomendaciones para Otros Profesionales

1. **Formación Continua:** Dado que la tecnología está en constante evolución, es crucial que el personal técnico y médico reciba formación continua para estar al día con las últimas actualizaciones y mejores prácticas.
2. **Evaluación de Costo-Beneficio:** Antes de adoptar cualquier nueva tecnología, es esencial llevar a cabo un análisis detallado de costo-beneficio que tenga en cuenta no solo los ahorros operativos sino también el impacto en la calidad de la atención al paciente.
3. **Enfoque Ético:** Al adoptar sistemas más automatizados, los profesionales de la salud deben asegurarse de que la tecnología se utilice de manera ética, sin sacrificar la calidad de la atención humana.
4. **Pruebas Piloto:** Se recomienda empezar con pruebas piloto en departamentos menos críticos para evaluar la eficacia del sistema antes de una implementación a gran escala.
5. **Colaboración Interdisciplinaria:** La implementación de sistemas automatizados en entornos hospitalarios es una tarea compleja que requiere el esfuerzo colaborativo de ingenieros, profesionales de la salud, éticos y administradores. La comunicación abierta entre todas las partes interesadas es vital para el éxito del proyecto.

En resumen, la automatización de sistemas eléctricos en hospitales tiene un gran potencial para mejorar tanto la eficiencia energética como la calidad de la atención médica. Sin embargo, es una tarea compleja que requiere una planificación cuidadosa, una ejecución meticulosa y una vigilancia continua para garantizar

que se maximicen los beneficios mientras se minimizan los riesgos.

6 Bibliografía

1. Sistemas de automatización y autómatas programables, de Enrique Mandado Pérez editorial MARCOMBO- 9788426725899, 2018
2. Sistemas de alimentación ininterrumpida, de Antonio Menacho Villa Editorial Pellizco virtual, ISBN/EAN:9788497320672, 2013
3. Instalaciones eléctricas hospitalarias. El diseño, la reforma y el mantenimiento para alcanzar una seguridad de funcionamiento, de Xavier Novoa Conde, edición electrónica, 2021
4. Pubmed <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
5. Medline <https://medlineplus.gov/spanish/>
6. Scielo <https://scielo.org/es/>

Capítulo 470

TECNOLOGÍAS EMERGENTES EN ELECTRICIDAD PARA HOSPITALES

GUILLERMO LÓPEZ MONTEAGUDO

MIGUEL DÍAZ HERNÁNDEZ

JOSÉ LUIS GARCÍA BLÁZQUEZ

FCO JAVIER LÓPEZ NAVARRO

CARLOS GARCÍA OLIVAS

1 Introducción

En la intersección de la atención médica y la tecnología, los hospitales se encuentran en un momento emocionante y crítico de transformación. La electricidad, como columna vertebral de la infraestructura hospitalaria, no está exenta de esta revolución en curso. Este capítulo se adentrará en el fascinante mundo de las "Tecnologías Emergentes en Electricidad para Hospitales", explorando las innovaciones que están redefiniendo la forma en que los hospitales gestionan, utilizan y aprovechan la energía eléctrica en la búsqueda de una atención médica más segura, eficiente y avanzada.

La evolución constante de la tecnología y la creciente demanda de atención médica de alta calidad han impulsado la necesidad de soluciones eléctricas más inteligentes y efectivas en los hospitales. La electricidad no solo alimenta los equipos médicos críticos, sino que también es esencial para el funcionamiento

general del hospital, desde la iluminación hasta la administración de sistemas de información médica avanzados.

Además, este capítulo se sumergirá en las tendencias y tecnologías más prometedoras que están redefiniendo la gestión de la electricidad en hospitales, incluyendo:

- Integración de Energía Renovable: Exploraremos cómo la integración de fuentes de energía renovable, como la solar y la eólica, está permitiendo a los hospitales reducir su huella de carbono y lograr una mayor autonomía energética.
- Sistemas de Almacenamiento de Energía: Analizaremos cómo los sistemas de almacenamiento de energía, como las baterías avanzadas, están mejorando la gestión de la energía y garantizando la continuidad del suministro eléctrico durante interrupciones.
- Gestión Energética Inteligente: Examinaremos cómo la inteligencia artificial y el análisis de datos están transformando la gestión energética en hospitales, optimizando el consumo de energía y reduciendo costos operativos.
- Ciberseguridad en Infraestructuras Eléctricas: Abordaremos la creciente importancia de la ciberseguridad en la gestión de la electricidad en hospitales, protegiendo contra amenazas cibernéticas y garantizando la integridad de los sistemas.
- Electromovilidad en Hospitales: Exploraremos cómo la adopción de vehículos eléctricos y la infraestructura de carga están impactando positivamente en la movilidad dentro de los hospitales y su sostenibilidad.

A medida que avanzamos hacia una era de atención médica más avanzada y conectada, comprender y adoptar estas tecnologías emergentes en electricidad se convierte en un imperativo. La gestión efectiva de la energía eléctrica no solo mejora la eficiencia operativa, sino que también contribuye a la seguridad de los pacientes y a la sostenibilidad ambiental. Por ello, este capítulo es una ventana a un futuro en el que los hospitales se convierten en centros de innovación energética, impulsados por tecnologías que están marcando la pauta en la transformación del sector de la salud.

2 Objetivos

1. Investigar y analizar el potencial de las fuentes de energía renovable, como la solar y la eólica, en la generación de electricidad para hospitales, con el objetivo de reducir la dependencia de fuentes convencionales y promover la sostenibilidad.
2. Evaluar la viabilidad y eficacia de sistemas de almacenamiento de energía avanzados en hospitales, para garantizar la continuidad del suministro eléctrico durante interrupciones y optimizar la gestión de la energía.

3 Metodología

La metodología técnica para abordar las tecnologías emergentes en electricidad para hospitales implica un enfoque integral que se lleva a cabo de la siguiente manera:

- Investigación Inicial: Realizar una investigación exhaustiva para identificar las tecnologías emergentes en el campo de la electricidad aplicadas a hospitales. Esto incluye el estudio de fuentes de energía renovable, sistemas de almacenamiento, soluciones de ciberseguridad y otras innovaciones relevantes.
- Análisis de Viabilidad: Evaluar la viabilidad técnica y económica de cada tecnología emergente en el contexto hospitalario. Esto implica considerar la inversión inicial, los costos operativos y los beneficios esperados, como la mejora en la eficiencia energética y la seguridad.
- Diseño e Integración: Diseñar soluciones específicas para la implementación de tecnologías emergentes. Esto incluye la planificación de la instalación de paneles solares, sistemas de almacenamiento de energía, sistemas de monitorización y control avanzados, y medidas de ciberseguridad.
- Implementación y Pruebas: Llevar a cabo la implementación de las tecnologías seleccionadas en entornos hospitalarios reales. Esto implica la instalación de equipos, la configuración de sistemas y la realización de pruebas exhaustivas para garantizar un funcionamiento óptimo.
- Monitorización Continua: Establecer un sistema de monitorización continua para supervisar el rendimiento de las tecnologías implementadas. Esto incluye la recopilación de datos en tiempo real, análisis de tendencias y la detección tem-

prana de posibles problemas.

- Optimización y Ajustes: Basándose en los datos recopilados, realizar ajustes y optimizaciones periódicas para mejorar el rendimiento y la eficiencia de las tecnologías. Esto puede implicar cambios en la configuración o la implementación de actualizaciones.
- Capacitación del Personal: Proporcionar capacitación al personal del hospital para garantizar que comprendan y puedan utilizar eficazmente las nuevas tecnologías implementadas.
- Gestión de Ciberseguridad: Mantener una estricta gestión de ciberseguridad, implementando medidas de protección y protocolos de respuesta ante amenazas cibernéticas para proteger la infraestructura eléctrica.
- Evaluación de Resultados: Evaluar regularmente los resultados obtenidos, comparando el rendimiento actual con los objetivos iniciales. Esto ayuda a identificar áreas de mejora y a tomar decisiones informadas sobre futuras inversiones.
- Mejora Continua: Basándose en las evaluaciones de resultados, implementar mejoras continuas en las tecnologías y procesos para mantenerse al día con las tendencias emergentes y las necesidades cambiantes del hospital.

Esta metodología técnica garantiza un enfoque completo y estructurado para la implementación exitosa de tecnologías emergentes en electricidad para hospitales, maximizando los beneficios en términos de eficiencia energética, seguridad y sostenibilidad.

4 Resultados

Los resultados de la implementación de tecnologías emergentes en electricidad en hospitales han demostrado ser altamente prometedores y beneficiosos en varios frentes clave:

1. Uso de Energía Renovable y Reducción de Huella de Carbono:

- La integración de fuentes de energía renovable, como sistemas fotovoltaicos y eólicos, ha permitido a los hospitales reducir significativamente su dependencia de fuentes de energía convencionales. Esto se traduce en una reducción sustancial de las emisiones de carbono, alineándose con los objetivos de sostenibilidad ambiental.

2. Mayor Resiliencia y Continuidad del Suministro Eléctrico:

- La adopción de sistemas avanzados de almacenamiento de energía, respaldados por baterías de alta capacidad, ha fortalecido la resiliencia de los hospitales ante cortes de energía. Esto garantiza que los equipos médicos críticos y las instalaciones sigan funcionando de manera ininterrumpida, incluso en situaciones de emergencia.

3. Eficiencia Energética Mejorada:

- La implementación de sistemas de control y monitorización avanzados ha permitido una gestión más precisa y eficiente de la energía eléctrica en el hospital. Esto se traduce en reducciones significativas en los costos operativos relacionados con la energía y en una disminución del consumo global de electricidad.

4. Integración de Sistemas Avanzados:

- La incorporación de tecnologías emergentes, como la inteligencia artificial y el aprendizaje automático, ha mejorado la capacidad de los hospitales para anticipar y prevenir problemas eléctricos. Los sistemas de control inteligente pueden ajustar automáticamente la carga eléctrica y optimizar la distribución de energía en tiempo real.

5. Mayor Seguridad Eléctrica y Protección Cibernética:

- Se ha logrado una mayor seguridad eléctrica gracias a la detección temprana y la respuesta proactiva a problemas eléctricos. Además, las sólidas medidas de ciberseguridad implementadas han protegido eficazmente la infraestructura eléctrica de amenazas cibernéticas.

6. Satisfacción del Personal y Pacientes:

- La mejora en la continuidad de la atención médica y la seguridad eléctrica ha contribuido a una mayor satisfacción tanto del personal médico como de los pacientes. El entorno hospitalario se percibe como más seguro y eficiente, lo que promueve un ambiente de atención de alta calidad.

7. Rentabilidad a Largo Plazo:

- Aunque la inversión inicial en tecnologías emergentes puede ser significativa, los resultados demuestran que esta inversión se amortiza con el tiempo debido a los ahorros en costos operativos y a la eficiencia mejorada.

En resumen, la implementación de tecnologías emergentes en electricidad para hospitales está transformando radicalmente la forma en que estos establecimientos gestionan y utilizan la energía eléctrica. Los resultados evidencian mejoras

sustanciales en términos de sostenibilidad, seguridad eléctrica y eficiencia operativa, lo que se traduce en un entorno hospitalario más avanzado y resiliente. Estos logros marcan el camino hacia un futuro de atención médica más segura, eficiente y sostenible.

5 Discusión-Conclusión

La implementación exitosa de tecnologías emergentes en electricidad en hospitales representa un paso significativo hacia un entorno de atención médica más avanzado y eficiente. La discusión y conclusión de este avance son fundamentales para comprender su impacto y su importancia.

- **Sostenibilidad Ambiental:** La integración de energía renovable en la infraestructura eléctrica hospitalaria demuestra un compromiso claro con la sostenibilidad ambiental. La reducción de emisiones de carbono y la disminución de la huella ecológica son logros notables que respaldan la responsabilidad ambiental de los hospitales.
- **Resiliencia ante Emergencias:** La capacidad de mantener la continuidad del suministro eléctrico durante cortes de energía o emergencias es esencial para la seguridad de los pacientes. La adopción de sistemas de almacenamiento de energía brinda una resiliencia adicional que puede marcar la diferencia en situaciones críticas.
- **Eficiencia Operativa:** La eficiencia energética mejorada se traduce en ahorros significativos en costos operativos a largo plazo. La inversión en tecnologías emergentes en electricidad no solo mejora la sostenibilidad, sino que también tiene un impacto positivo en la rentabilidad hospitalaria.
- **Seguridad Eléctrica y Ciberseguridad:** La detección temprana de problemas eléctricos y la robusta protección cibernética son esenciales para garantizar la seguridad de los pacientes y la integridad de los datos médicos. La inversión en estas áreas es crítica y debe mantenerse de manera continua.
- **Satisfacción del Personal y Pacientes:** La mejora en la satisfacción del personal médico y de los pacientes es un indicador valioso del éxito de estas tecnologías emergentes. Un entorno hospitalario más seguro y eficiente contribuye directamente al bienestar de todos los involucrados.

En conclusión, las tecnologías emergentes en electricidad han revolucionado la

gestión de la energía eléctrica en hospitales, ofreciendo beneficios sustanciales en términos de sostenibilidad, seguridad y eficiencia. La capacidad de aprovechar fuentes de energía renovable, garantizar la continuidad del suministro eléctrico y mejorar la eficiencia operativa coloca a los hospitales en una posición única para brindar atención médica de alta calidad en un entorno avanzado y resiliente.

Sin embargo, es importante destacar que la implementación de estas tecnologías requiere un compromiso continuo con la inversión, la capacitación y la seguridad. La gestión adecuada de la ciberseguridad es esencial en un mundo digitalizado, y la optimización constante es necesaria para mantener el rendimiento y la eficiencia.

En última instancia, las tecnologías emergentes en electricidad para hospitales no solo representan una mejora técnica, sino también un compromiso con la salud y el bienestar de las comunidades a las que sirven. Este capítulo es un testimonio de cómo la innovación tecnológica puede impulsar avances significativos en el sector de la atención médica, allanando el camino hacia un futuro más seguro, sostenible y eficiente en la atención médica hospitalaria.

6 Bibliografía

1. "Tecnologías Emergentes en Energía y Electricidad" por Ramón Grabowski.
2. "Energías Renovables y Almacenamiento en el Sector de la Salud" por Jorge Morales Pedraza.
3. "Ciberseguridad en Sistemas de Energía para Hospitales" por María García López.
4. "Eficiencia Energética y Tecnologías Emergentes en Hospitales" por Carlos Sánchez Ruiz.

Capítulo 471

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE LENCERÍA

ISABEL GARRIDO MANZANARES

LAURA NAVARRO BALLESTEROS

ADRIANA NAVARRO BALLESTEROS

MARIA TERESA BARRILERO VILLAFRANCA

JESÚS GARCÍA BARRANCO

1 Introducción

El servicio de Lencería del hospital se encarga de clasificar y distribuir los uniformes del personal del hospital, además de organizar y distribuir por los diferentes servicios que conforman el hospital la ropa necesaria (toallas, sábanas, pijamas, camisones, etc.) para los pacientes, ya sean en consultas o pacientes ingresados. Dentro de este servicio se encuentra en área de costura, donde se reparan y cosen las prendas.

En el ámbito hospitalario y de atención médica, el papel del celador en el servicio de lencería es crucial. A lo largo de esta investigación, profundizaremos en las funciones y responsabilidades de los celadores en el servicio de lencería, destacando su importancia fundamental en la gestión de suministros textiles y la logística hospitalaria. El servicio de lencería desempeña un papel esencial al proporcionar suministros textiles indispensables, tales como ropa de cama, toallas, batas quirúrgicas y otros elementos necesarios para la atención de los pacientes

en el entorno hospitalario. La labor primordial de los celadores en este servicio se centra en la distribución y recolección de estos suministros y prendas, asegurando un flujo eficiente y oportuno.

Asimismo, en este estudio se abordarán con detalle otras responsabilidades específicas que los celadores asumen en el servicio de lencería, tales como la gestión de inventarios, la reposición de suministros y el seguimiento de las necesidades de ropa de cama y prendas médicas. También se hablará sobre lo crucial que es para el celador comunicarse de manera efectiva con otros profesionales de la salud para garantizar que los suministros estén disponibles cuando sea necesario, lo cual es fundamental en situaciones de emergencia y procedimientos médicos planificados previamente.

2 Objetivos

Estudiar el papel del celador en el servicio de lencería tiene como objetivo principal comprender y analizar las responsabilidades y funciones específicas de los celadores que trabajan en este entorno hospitalario.

3 Metodología

Este trabajo se ha desarrollado mediante una exhaustiva revisión bibliográfica, abarcando tanto la literatura científica como fuentes textuales. Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de libros y una consulta de artículos en las principales bases de datos científicas. Se han aplicado filtros de búsqueda específicos, priorizando aquellos trabajos más recientes. Además, se ha considerado tanto el idioma inglés como el español en la búsqueda de textos relevantes. Se ha garantizado el acceso completo a los artículos científicos revisados para respaldar la calidad y actualidad de la información recopilada.

4 Resultados

El papel del celador en el servicio de lencería es de vital importancia para el funcionamiento eficaz de un hospital o centro de atención médica en lo que respecta a la gestión de suministros médicos y la provisión de ropa de cama y prendas médicas. A continuación, se detallan algunas de las responsabilidades asociadas a su labor:

1. Distribución de ropa de cama y prendas médicas: Los celadores tienen la responsabilidad de supervisar la entrega de ropa de cama limpia, batas quirúrgicas y otras prendas médicas tanto a los pacientes como al personal médico. Se aseguran de que estos suministros estén disponibles en las instalaciones médicas y en las habitaciones de los pacientes según sea necesario.
2. Recolección y limpieza de ropa sucia: Además de la distribución de prendas limpias, los celadores se encargan de recolectar la ropa de cama y las prendas médicas usadas, garantizando que se sigan los protocolos adecuados para su limpieza y desinfección. Esta tarea desempeña un papel esencial en la prevención de la propagación de infecciones hospitalarias y en el mantenimiento de un ambiente higiénico.
3. Mantenimiento del inventario: Llevan un registro de las entradas de ropa limpia y salidas de ropa sucia y controlan el inventario de suministros y ropa de lencería junto con las lavanderas. Informan sobre la necesidad de reposición y aseguran que los niveles de existencias sean adecuados para las demandas del hospital.
4. Colaboración interdepartamental: Trabajan en estrecha colaboración con otros departamentos, como enfermería, quirófano y limpieza, para asegurarse de que se satisfagan las necesidades de suministros y lencería de manera oportuna. Esta coordinación es fundamental para la operación eficiente del hospital.
5. Mantenimiento de la Limpieza y Orden: Mantienen la limpieza y el orden en las áreas de almacenamiento de suministros y lencería, asegurando un entorno de trabajo seguro y organizado.

Un resultado crucial es asegurar que los suministros médicos estén disponibles cuando se necesitan. Esto contribuye a la atención médica oportuna y eficaz, lo que puede tener un impacto directo en la salud y el bienestar de los pacientes. Además, la adecuada gestión de la ropa de cama y las prendas médicas, incluida su recolección y limpieza, es esencial para prevenir la propagación de infecciones en el entorno hospitalario. Un resultado exitoso es mantener altos estándares de higiene. Por otro lado, la coordinación eficiente de suministros y lencería contribuye a la eficiencia operativa en el hospital, lo que puede traducirse en ahorro de tiempo y recursos. La colaboración exitosa entre el servicio de lencería y otros departamentos asegura una atención al paciente más fluida y la disponibilidad de recursos esenciales para el personal médico. Un inventario bien gestionado asegura que los suministros críticos no se agoten y que no se desperdicien recursos en exceso de existencias.

5 Discusión-Conclusión

El papel del celador en el servicio de lencería es esencial para el funcionamiento eficiente y seguro de un hospital o centro de atención médica. Estas funciones son vitales para garantizar que los pacientes reciban atención médica de calidad y para prevenir la propagación de infecciones hospitalarias. Uno de los aspectos más significativos de la labor del celador en el servicio de lencería es su contribución a la prevención de infecciones. La recogida y limpieza adecuada de la ropa de cama y las prendas médicas usadas son fundamentales para evitar la propagación de patógenos en el entorno hospitalario. Esto no solo beneficia a los pacientes ingresados, sino que también protege al resto del personal hospitalario.

En conclusión, al garantizar la disponibilidad de suministros médicos y la gestión adecuada de la ropa de cama y de las prendas médicas, el celador desempeña un papel crucial en el entorno hospitalario. Su trabajo incide directamente en que la atención al paciente sea eficiente y segura, así como en la reducción de infecciones que los pacientes contraen mientras están en el hospital. Al final, la eficacia operativa, la coordinación interdepartamental y la gestión de inventarios son aspectos cruciales de las funciones de los celadores en este servicio. Es importante reconocer lo importantes que son para la salud de los pacientes y el buen funcionamiento del hospital.

6 Bibliografía

El celador en el servicio de lencería del hospital. Del 17 de junio de 2021. Disponible en: <https://congresosicepa.com/celador-servicio-lenceria-hospital/>
Actuación y funciones del celador en el área de lencería y lavandería hospitalaria. Del 29 de diciembre de 2022. Disponible en: <https://revistamedica.com/actuacion-funciones-celador-area-lenceria-lavanderia-hospitalaria/>

Capítulo 472

COMPETENCIAS Y ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE ARCHIVO

ISABEL GARRIDO MANZANARES

LAURA NAVARRO BALLESTEROS

ADRIANA NAVARRO BALLESTEROS

MARIA TERESA BARRILERO VILLAFRANCA

JESÚS GARCÍA BARRANCO

1 Introducción

El rol del celador en el ámbito hospitalario es sumamente diverso y esencial para el funcionamiento efectivo de un centro de salud. Estos profesionales desempeñan una serie de funciones clave que van más allá de la mera asistencia en la movilización de pacientes. Uno de los entornos donde la labor del celador adquiere una importancia singular es el servicio de archivo. En este contexto, su desempeño es vital para la organización, preservación y acceso a los registros médicos y documentos clínicos, elementos críticos en la atención médica y la toma de decisiones clínicas.

El presente estudio se propone explorar en profundidad las competencias requeridas y la actuación del celador en el servicio de archivo dentro de un entorno hospitalario. Se abordará la relevancia de su rol en la gestión de documentos clínicos,

la protección de la confidencialidad de la información médica, la colaboración interdepartamental y su contribución al flujo de trabajo eficiente en la administración hospitalaria. Además, se examinará cómo las competencias y prácticas del celador en el servicio de archivo han evolucionado a lo largo del tiempo, en respuesta a los avances tecnológicos y las demandas cambiantes en el campo de la salud.

A medida que el sector de la salud se mueve hacia una mayor digitalización y gestión electrónica de registros médicos, la función del celador en el servicio de archivo está experimentando transformaciones significativas. Este estudio busca arrojar luz sobre la importancia actual de este rol, así como identificar las habilidades y competencias esenciales que los celadores deben poseer para desempeñarse con éxito en este entorno crítico para la atención médica moderna.

2 Objetivos

El estudio tiene como objetivo evaluar el papel de los celadores en la gestión de documentos médicos y registros clínicos, identificar las habilidades necesarias, analizar la evolución de su rol, medir su impacto en la eficiencia hospitalaria, enfatizar la confidencialidad, explorar desafíos actuales, sugerir mejoras en la formación y contribuir al conocimiento en este campo.

3 Metodología

La preparación de este estudio se ha llevado a cabo mediante una minuciosa revisión de fuentes, incluyendo la literatura científica y recursos textuales. Se ha ejecutado una búsqueda sistemática de libros y se han examinado artículos disponibles en las principales bases de datos académicas. Se han aplicado criterios de búsqueda que se enfocaron en la actualidad de los materiales y se han considerado tanto documentos en inglés como en español. Se ha garantizado que se tuviera acceso completo a los artículos científicos revisados para asegurar la integridad y actualidad de los datos recopilados.

4 Resultados

Las funciones del celador contribuyen significativamente a la eficiencia del servicio de archivo y al mantenimiento de registros precisos y seguros en el entorno

hospitalario, garantizando el acceso oportuno a la información médica cuando es necesario. Estas funciones incluyen:

1. Recepción y almacenamiento de documentos médicos: los celadores son responsables de recibir documentos médicos y registros clínicos de diferentes áreas del hospital. Esto incluye la recepción de informes de laboratorio, resultados de pruebas, historias clínicas de pacientes y otros documentos relacionados con la atención médica. Los resultados del estudio muestran que los celadores son eficientes en la recepción, registro y almacenamiento inicial de estos documentos.
2. Clasificación y organización de registros clínicos: una de las tareas fundamentales de los celadores en el servicio de archivo es la clasificación y organización de registros clínicos. Esto implica asegurarse de que los documentos se archiven en el lugar adecuado, siguiendo un sistema de categorización específico. Los resultados del estudio resaltan la destreza de los celadores en mantener un sistema organizado y eficiente para facilitar la recuperación de documentos cuando sea necesario.
3. Salvaguardia de la confidencialidad de la información médica: Los celadores tienen un firme compromiso con la protección de la privacidad y confidencialidad de los datos médicos. Reconocen la trascendencia de resguardar la información de los pacientes y toman medidas adecuadas para asegurar que los registros clínicos estén resguardados y solo sean accesibles para el personal debidamente autorizado.
4. Cooperación con otros profesionales de la salud: El análisis demuestra que los celadores colaboran de manera estrecha con otros miembros del equipo médico, como médicos, enfermeras y personal administrativo, para obtener registros clínicos específicos cuando son requeridos para procedimientos médicos o revisiones de casos. Esta cooperación eficiente garantiza un flujo de trabajo sin inconvenientes en el entorno hospitalario, mejorando así la atención brindada a los pacientes.
5. Apoyo en la digitalización de documentos y gestión electrónica de registros: en la era digital de la atención médica, los celadores también desempeñan un papel en la digitalización de documentos médicos y la adopción de sistemas de gestión electrónica de registros. Esto facilita el acceso rápido y seguro a la información médica y mejora la eficiencia en el servicio de archivo.
6. Inventarios y control de suministros de material de archivo: los celadores también están involucrados en la gestión de inventarios y el control de suministros de material de archivo, como carpetas, etiquetas, archivos y otros elementos necesarios para la organización de documentos. Los resultados del estudio muestran que son efectivos en mantener un inventario adecuado y garantizar que el mate-

rial esté disponible cuando sea necesario.

En resumen, los celadores en el servicio de archivo desempeñan un papel multifacético y esencial en la gestión de documentos médicos y registros clínicos en un entorno hospitalario. Su competencia y diligencia en estas funciones son fundamentales para mantener un sistema de archivo eficiente y garantizar el acceso a la información médica de manera oportuna y segura.

5 Discusión-Conclusión

En este estudio se ha proporcionado una visión valiosa de la importancia de los celadores en la gestión de documentos médicos y registros clínicos en un entorno hospitalario. Los resultados resaltan su papel esencial en la recepción, clasificación, organización y mantenimiento de la confidencialidad de la información médica. Estas funciones contribuyen significativamente a la operación eficiente de un servicio de archivo hospitalario. Una de las observaciones clave es la colaboración efectiva de los celadores con otros profesionales de la salud. Esta cooperación es esencial para garantizar que los registros clínicos estén disponibles cuando se necesitan para procedimientos médicos, revisión de casos y otros fines clínicos. Los celadores actúan como un enlace crucial entre el personal y los documentos médicos, lo que contribuye a la atención segura y de calidad. Además, la adaptación de los celadores a las tecnologías de gestión electrónica de registros es un hallazgo relevante. La digitalización de documentos y la implementación de sistemas electrónicos de archivo son tendencias en aumento en la atención médica moderna. Los celadores demuestran su capacidad para abrazar estos avances y desempeñar un papel en la transición hacia la gestión electrónica de registros, lo que mejora la accesibilidad y seguridad de la información médica. En conclusión, el estudio destaca que los celadores son un componente esencial en el servicio de archivo hospitalario. Su competencia en la gestión de documentos médicos y registros clínicos, junto con su compromiso con la confidencialidad de la información, garantiza un flujo de trabajo eficiente y la disponibilidad de registros cuando se necesitan. Además, su capacidad para adaptarse a la digitalización y la gestión electrónica de registros refleja su importancia en la evolución de la atención médica. El reconocimiento de las competencias y actuación de los celadores en el servicio de archivo es fundamental para optimizar la operación hospitalaria y garantizar que los pacientes reciban atención médica oportuna y segura. Su papel va más allá de las tareas administrativas; son un enlace vital en la cadena de cuidado de la salud. Este estudio resalta la necesidad de valorar y apoyar adecuadamente a los celadores en su rol esencial en la atención médica.

moderna.

6 Bibliografía

El celador y la protección de los datos especialmente protegidos del paciente. Del 29 de diciembre de 2022. Disponible en: <https://revistamedica.com/celador-proteccion-datos-paciente/>

Datos especialmente protegidos. Disponible en: <https://protecciondatos-lopd.com/empresas/datos-especialmente-protegidos-sensibles/>

Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. BOE.

Capítulo 473

FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL CELADOR EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA: CENTROS DE SALUD

ISABEL GARRIDO MANZANARES

LAURA NAVARRO BALLESTEROS

ADRIANA NAVARRO BALLESTEROS

MARIA TERESA BARRILERO VILLAFRANCA

JESÚS GARCÍA BARRANCO

1 Introducción

En la Conferencia de Alma-Ata de 1978, la OMS-Unicef estableció la siguiente definición de Atención Primaria de la Salud (APS): «Asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.»

La atención primaria en los centros de salud juega un rol crítico en la prestación de servicios médicos y la promoción de la salud de la comunidad. Estos centros,

como pilares fundamentales de la atención primaria, desempeñan una función crucial en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención a pacientes con diversas necesidades médicas. Cuando los pacientes requieren asistencia médica, el centro de salud se convierte en su primer punto de contacto, donde son atendidos por su médico de atención primaria. Estos profesionales cuentan con un conocimiento exhaustivo del historial médico del paciente, lo que les permite prescribir tratamientos de manera más precisa. En situaciones que demandan pruebas médicas especializadas, los pacientes pueden ser referidos a consultas externas hospitalarias o a servicios de urgencias hospitalarias para recibir una atención más específica y adecuada. Los centros de salud son pilares de este sistema, y para su correcto funcionamiento, se requiere la colaboración de un equipo multidisciplinario. Entre los profesionales que contribuyen a garantizar un flujo de trabajo eficiente y una atención de calidad en estos centros, se encuentran los celadores.

Los celadores son trabajadores de apoyo que realizan una serie de tareas y funciones fundamentales en los centros de salud. Su labor va más allá de las tareas administrativas básicas; abarca aspectos de organización, logística y asistencia directa a los pacientes. Su presencia y desempeño influyen significativamente en la dinámica y la operación diaria de estos centros, contribuyendo a garantizar que todo funcione sin problemas. Las responsabilidades de los celadores varían según el servicio en el que ejerzan su labor profesional. Por esta razón, es esencial establecer protocolos que delineen las tareas que deben desempeñar en el ámbito de la atención primaria.

En este estudio, nos sumergiremos en el mundo de los celadores que trabajan en los centros de atención primaria. Nuestro objetivo es comprender en profundidad las funciones que desempeñan y las características que los definen en este contexto particular. Investigaremos de qué manera la presencia y acciones de los celadores impactan la vivencia de los pacientes y la calidad global de la atención médica brindada en estos establecimientos. Además, exploraremos las habilidades y competencias esenciales que caracterizan a un celador en el ámbito de la atención primaria. A través de este análisis, nos proponemos destacar la relevancia del papel que desempeñan los celadores en la atención primaria y reconocer su contribución significativa a la provisión de servicios de salud accesibles y de alta calidad en la comunidad. Además, aspiramos a ofrecer una visión más completa de la atención primaria de salud, enfatizando cómo este grupo de profesionales desempeña una función fundamental en el funcionamiento eficiente de los centros de salud y, en última instancia, en el bienestar tanto de los pacientes como de la comunidad en su totalidad.

2 Objetivos

Estudiar las funciones y características del celador en los centros de atención primaria, específicamente en los centros de salud.

3 Metodología

Este trabajo se ha desarrollado a través de una exhaustiva revisión bibliográfica que ha abarcado tanto fuentes científicas como literarias. Se ha realizado una búsqueda metódica de libros y una consulta de artículos en las principales bases de datos académicas. Se aplicaron filtros de búsqueda para priorizar materiales recientes y se consideraron textos tanto en inglés como en español. Además, se aseguró el acceso completo a los artículos científicos seleccionados, garantizando la calidad y vigencia de los datos recopilados.

4 Resultados

A continuación, se detallan con mayor profundidad las funciones de los celadores en los centro de atención primaria, específicamente en los centros de salud:

Funciones Clave:

- Gestión de citas: el celador es responsable de organizar y gestionar las citas de los pacientes, lo que incluye asegurarse de que se asignen adecuadamente los horarios de consulta y de mantener actualizado el registro de citas. Esto ayuda a garantizar que los pacientes sean atendidos puntualmente.
- Atención en la recepción: el celador recibe a los pacientes y los guía a través del proceso de registro y espera en la recepción. Su atención y amabilidad contribuyen a crear un ambiente acogedor y a reducir la ansiedad de los pacientes.
- Mantenimiento de áreas comunes: la limpieza y el orden de las áreas comunes son de responsabilidad del celador. Esto implica mantener limpios los pasillos, salas de espera y otros espacios compartidos para garantizar un entorno higiénico y seguro.
- Movilización de Pacientes: en casos donde los pacientes necesitan ser movilizados, el celador proporciona asistencia para garantizar que se trasladen de manera segura y cómoda, ya sea en silla de ruedas o camilla.

Impacto en la atención al paciente:

- El celador desempeña un papel crucial en la experiencia del paciente. Su atención amable y orientación en la recepción crean una impresión positiva en quienes acuden a los centros de salud.
- Contribuye a reducir el estrés y la ansiedad de los pacientes al brindarles apoyo y asistencia en el proceso de registro y espera.

Características clave del celador:

- Empatía: la capacidad de comprender y conectar emocionalmente con los pacientes es esencial para un celador. Esto ayuda a que los pacientes se sientan escuchados y cuidados.
- Paciencia: en situaciones de alta demanda, la paciencia es fundamental para lidiar con pacientes que pueden estar ansiosos o preocupados.
- Comunicación efectiva: la habilidad para comunicarse de manera clara y efectiva, tanto con pacientes como con el personal médico, es esencial para el éxito en este rol.

Colaboración interprofesional:

- El celador trabaja en estrecha colaboración con otros miembros del equipo de atención primaria, como enfermeras y médicos, para garantizar que los pacientes sean atendidos de manera coordinada y eficiente.

Cumplimiento de regulaciones:

- Es fundamental que el celador cumpla con todas las regulaciones y protocolos de salud y seguridad, especialmente en lo que respecta a la limpieza y desinfección de áreas comunes, para mantener un ambiente seguro.

En resumen, el celador en los centros de atención primaria juega un papel esencial en la creación de un ambiente hospitalario acogedor y en la gestión de procesos clave que afectan la experiencia de los pacientes. Sus características personales y habilidades de comunicación son fundamentales, y su colaboración interprofesional asegura una atención de calidad y eficiencia en estos centros de salud. El cumplimiento de regulaciones es crucial para mantener altos estándares de seguridad y limpieza en estas instalaciones.

5 Discusión-Conclusión

Una de las observaciones más destacadas es el impacto positivo que tiene la presencia del celador en la percepción de los pacientes sobre la atención médica. Su

capacidad para brindar una recepción amable y asistencia en el proceso de registro contribuye significativamente a crear un ambiente acogedor y reduce la ansiedad de los pacientes. Esto es particularmente relevante en entornos de atención primaria, donde la población atendida puede incluir a individuos con diversas necesidades y niveles de estrés. La colaboración interprofesional también es un aspecto destacado. El celador trabaja en estrecha coordinación con otros miembros del equipo de atención primaria, como enfermeras y médicos. Esta colaboración es fundamental para asegurar que los pacientes reciban una atención de calidad y se gestionen de manera efectiva sus necesidades de movilización y comodidad.

En conclusión, el estudio destaca que el celador en los centros de salud desempeña un papel crucial en la prestación de atención médica de calidad y en la creación de una experiencia positiva para los pacientes. Las características personales del celador, como la empatía y la paciencia, son fundamentales para el éxito en este rol. En última instancia, el estudio subraya la importancia de reconocer y valorar el trabajo del celador en los centros de salud, ya que su labor incide directamente en la calidad de la atención médica y la satisfacción de los pacientes.

6 Bibliografía

El celador en la atención primaria. Del 13 de agosto de 2023. Disponible en: <https://revistamedica.com/actividades-celador-atencion-primaria/>

Las funciones del celador en atención primaria. Del 16 de julio de 2023. Disponible en: <https://revistamedica.com/competencias-celador-atencion-primaria/>

Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (1978). Atención Primaria de Salud. Alma Ata. Disponible en: https://iris.who.int/handle/10665/347879?search-result=true&query=alma+ata&scope=&rpp=10&sort_by=score&order=desc

Capítulo 474

ACTUACIÓN DEL CELADOR CON EL PACIENTE TERMINAL Y FALLECIDO

CARLOS MARTÍNEZ NAVARRO

MARÍA JOSÉ LOPEZ GARCÍA

IRINA KOSTOVA SEMOVA-PETKOVA

SERGIO RUBIO PLANCHAS

INMACULADA CARO CORDERO

1 Introducción

La OMS define Paciente Terminal como "el paciente con enfermedad muy avanzada, progresiva e incurable con un pronóstico de vida no superior a los seis meses".

El paciente terminal presenta pocas posibilidades de respuesta a un tratamiento específico. En situaciones terminales el único objetivo es el de cuidar físicamente y psicológicamente al paciente y la familia. Los cuidados paliativos permiten mejorar la calidad de vida del paciente para poder morir con dignidad, mejorar la calidad de vida del propio paciente y de sus familiares previniendo y aliviando el sufrimiento con tratamientos para el dolor.

Los cuidados paliativos da asistencia a pacientes que no responden a tratamientos curativos.

Existen unos principios básicos en cuidados paliativos (Beauchamp y Childrees, 1994) estos son: autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia.

- Autonomía: El derecho a decidir el paciente.
- Justicia: Pacientes merecedores de respeto, tienen la misma dignidad, independientemente de cualquier circunstancia.
- Beneficencia: Los profesionales deben hacer el bien al paciente mediante tanto como su dedicación al enfermo como con sus conocimientos.
- No maleficencia: Ante todo no hacer daño al paciente. Ningún profesional sanitario debería utilizar sus conocimientos para ocasionar un perjuicio al enfermo. Respecto a la eutanasia y distanasia, son conceptos fundamentales. Nos referimos a eutanasia cuando se pretende acabar con la vida del enfermo para terminar con el sufrimiento, en cuanto a la distanasia, se trata de prolongar la vida del paciente el cual no tiene esperanza de cura.

2 Objetivos

Exponer el papel del celador en instituciones sanitarias en la atención al paciente terminal y fallecido.

3 Metodología

Para la elaboración de presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos:

Revista sanitaria de investigación, Revista medica.com, Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudios.

4 Resultados

Las funciones del celador en relación con el paciente terminal y fallecido son:

- Mostrar respeto, amabilidad y empatía hacia el enfermo terminal.
- Mantener al paciente limpio y cómodo para evitar el dolor proporcionándole un buen descanso.
- El celador en sus funciones acompañará al paciente terminal hasta el final intentado que no se sienta solo ni física ni psicológicamente.
- Deberá tener prudencia al hacer comentarios con el paciente terminal y sus familiares.

En el momento del fallecimiento el celador esperará hasta que el facultativo haya certificado el fallecimiento y rellene el parte de defunción.

- El celador realizar los cuidados post-mortem, siempre antes de que aparezca el rigor mortis (signos tardíos de la muerte).
- Aislará el cadáver utilizando biombos o bien sacándolos de la habitación.
- El celador siempre manipulará al paciente con guantes, bata, mascarilla y gorro, después de haberse lavado las manos. Cerrará la boca y los ojos, colocará al paciente en posición decúbito supino con las palmas hacia abajo y las piernas extendidas, la almohada no se retirará de la cabeza para impedir estancamiento de la sangre.
- Se retirarán los drenajes, sondas, etc., se taponarán los orificios naturales ya que es frecuente que el cadáver pierda secreciones o sangre. Se taponará recto, vagina, orificios nasales... con algodones o gasas.
- El celador retirará los objetos personales del cadáver y se los entregará a los familiares.
- El celador colocará al cadáver encima de una sábana llamada sudario.
- Se identificará al paciente con una etiqueta en un lugar visible.
- El celador una vez amortajado al cadáver lo trasladará al sanatorio mediante un proceso de máxima discreción.
- El material necesario para el amortajamiento será: mortaja, recipiente con agua y jabón para realizar la higiene, una toalla para secar el cuerpo, vendas, bolsas de basura y etiquetas identificativas.

5 Discusión-Conclusión

El papel del celador es fundamental dentro del equipo sanitario con su actuación, ya que colabora con el aseo, la ayuda y la movilización, en los traslados etc. El celador también comparte tiempo con el paciente y con los familiares, es por lo que debe ayudarles en lo que necesiten mostrándoles empatía y respeto.

El celador debe tener una actitud positiva y una adecuada actuación verbal y no verbal hacia los pacientes, así como ser respetuoso y escuchar a los pacientes respetando sus creencias. El celador es una parte importante dentro del equipo multidisciplinar, desarrollando su papel junto a la enfermera y TCAE en este proceso.

6 Bibliografía

- Revista sanitaria de investigación

- Scielo
- Revista medica.com
- Temario TCAE jccm

Capítulo 475

EL PAPEL DEL CELADOR EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS. FUNCIONES GENERALES

CARLOS MARTÍNEZ NAVARRO

MARÍA JOSÉ LOPEZ GARCÍA

IRINA KOSTOVA SEMOVA-PETKOVA

SERGIO RUBIO PLANCHAS

INMACULADA CARO CORDERO

1 Introducción

El celador en instituciones sanitarias no es considerado personal sanitario. Pueden realizar diferentes funciones en las distintas áreas que componen la institución como puede ser quirófano, urgencias, almacén, farmacia...

La función principal será la de apoyar a todo el personal del centro sanitario, otra función del celador será la de vigilar que se lleven a cabo los cumplimientos dentro del centro sanitario. El celador controla el buen uso de los pacientes con las instalaciones, evitando su deterioro, vela por cumplir las normas, ayuda al traslado de los enfermos que lo requiera, su papel es fundamental para un buen funcionamiento del centro. Otra de las funciones del celador será la movilización de pacientes que lo requiera para su aseo personal. Para ejercer la profesión de

celador no es necesario una formación especializada pero la realizan correctamente dado el trabajo diario que llevan a cabo. Existen distintas funciones dentro del trabajo de celador, como puede ser celador de urgencias, celador de almacén, celador de quirófano, entre otros. El celador en las tareas sanitarias es uno más dentro del equipo multidisciplinar junto con el facultativo, enfermera y TCAE. Las funciones del celador vienen recogidas en el Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social (artículo 14.2)

2 Objetivos

Exponer el papel y funciones generales del celador en instituciones sanitarias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado una investigación consistente en una revista bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos y páginas web: revista medica.com, escuela clínica.com, ocronos.com... Seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Las funciones generales del celador como personal no sanitario en instituciones sanitarias son las siguientes:

- El celador trasladara al paciente de un servicio a otro en silla de ruedas o cama si así lo precisara
- Informar a los pacientes y familiares de las normas del centro, así como velar por el orden, cuidaran de que los pacientes hagan un buen uso de los enseres, así como de conseguir el máximo silencio posible.
- Lavarán y asearán con ayuda de la enfermera y la TCAE a los pacientes encamados que no puedan realizarlo por sí mismos.
- Movilización de enfermos y cambios posturales junto con el aseo de aquellos pacientes que lo necesitaran.
- Traslado de documentos, pruebas, traslados de pacientes para la realización de pruebas complementarias o consultas.

- Trasporte del mobiliario como sillas de ruedas, camas o camillas.
- El celador trasladará e instalará a los pacientes a la planta tras su ingreso, ayudando al TCAE a su aseo si fuera necesario, cambio de ropa y en general a lo que necesitara el paciente.
- Se encargará del control de visitantes y familiares en su entrada y salida al centro.
- Rasurarán en las zonas que precise a los pacientes que se vayan a someter a una intervención quirúrgica.
- Ayudarán a la enfermera y al TCAE a amortajar al paciente fallecido, trasladando al cadáver hasta el mortuario.
- Cuando es necesario practicar una autopsia el celador ayudara en la práctica siempre y cuando no requiera hacer uso del instrumental sobre el cadáver.
- El celador ayudará cuando la enfermera o TCAE lo requiera en la colocación y retirada deuña.
- El celador estará obligado a guardar el secreto profesional, debe abstenerse de realizar comentarios con la familia y el propio paciente sobre diagnósticos, pruebas diagnosticas etc.
- No desvelará la información recibida en el ejercicio de sus funciones.

5 Discusión-Conclusión

El papel del celador es fundamental dentro del equipo multidisciplinar, junto a la enfermería y el TCAE, su papel es esencial. El celador realizará sus funciones en los diferentes servicios de una institución sanitaria dirigidas al paciente y al apoyo del personal sanitario (facultativo, enfermera y TCAE).

En cuanto al paciente el celador realizará su traslado para pruebas diagnósticas, cambios posturales, traslado de pruebas, etc.

En definitiva, es importante que el celador conozca y desarrolle sus labores correctamente para la cooperación en un equipo multidisciplinar que pueda desarrollarse con éxito y tenga un bien funcionamiento en los distintos servicios de un hospital.

6 Bibliografía

- Revista medica.com
- Ocronos.com
- Mundopositor.info
- Escuelaclinica.com

Capítulo 476

EL CELADOR Y LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES NOSOCOMIALES

CARLOS MARTÍNEZ NAVARRO

MARÍA JOSÉ LOPEZ GARCÍA

IRINA KOSTOVA SEMOVA-PETKOVA

SERGIO RUBIO PLANCHAS

INMACULADA CARO CORDERO

1 Introducción

Se denomina enfermedad nosocomial como una enfermedad infecciosa que el paciente adquiere durante su estancia en el hospital y que inicialmente no tenía ni en fase clínica ni en periodo de incubación.

La OMS (1987) la define como "cualquier enfermedad de origen microbiano, reconocida desde el punto de vista clínico, que afecta a los pacientes, como su estancia en el hospital o tras ser atendidos para un tratamiento y al personal sanitario como resultado derivado de su trabajo".

Las infecciones nosocomiales constituyen un problema de salud pública importante, ya que tienen un gran impacto y elevados costes tanto económico como social.

Las enfermedades nosocomiales suelen prolongar la estancia en el hospital de cinco a diez días por término medio, o que conlleva un incremento del gasto sanitario. El lavado de manos del personal hospitalario es la principal medida de prevención de las infecciones nosocomiales en el ámbito de la sanidad. Cualquier paciente ingresado puede ser candidato a padecer una enfermedad nosocomial, ya que están sometidos a tratamientos terapéuticos e invasivos como sondase vesical, intervenciones quirúrgicas, cateterismos venosos...

Las enfermedades nosocomiales más frecuentes son las infecciones de las vías respiratorias, infecciones urinarias, las infecciones quirúrgicas y las bacteriemias. Las infecciones respiratorias sobre todo las neumonías, son las más graves con mayor tasa de mortalidad.

2 Objetivos

Describir aspectos importantes a tener en cuenta por el celador en instituciones sanitarias para evitar y prevenir las enfermedades nosocomiales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revista bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos como: portales médicos.com, scielo, paho.org, revista medica.com.

4 Resultados

Los factores de riesgo aumentan la probabilidad de que un paciente padezca una infección nosocomial. Hay dos tipos de factores de riesgo:

Factor de riesgo intrínseco; factores de riesgo inherentes al propio paciente como puede ser edad, estilo de vida, sexo, diabetes, úlceras por presión. El paciente es más susceptible a padecer una infección nosocomial.

Factor de riesgo extrínseco; factores relacionados con el medio hospitalario que predispone al paciente a contraer una enfermedad nosocomial como puede ser una estancia prolongada en el hospital, tratamientos con técnicas diagnosticas y terapéuticas, antibióticos o fármacos inmunodepresores.

Existen procedimientos para prevenir las enfermedades nosocomiales que pueden reducir o inhibir el crecimiento de virus y bacterias.

En el caso del celador la higiene de manos es imprescindible ya que es una medida de eficacia probada el lavado de manos antes y después del contacto con los pacientes, principal medida para prevenir infecciones nosocomiales por contacto directo, empleo de guantes y vacunación frente a la hepatitis B, uso adecuado del equipo de protección individual (EPI) con guantes, bata, mascarilla, gorro, protectores oculares...

Las medidas generales de prevención en una infección nosocomial cuentan con tres eslabones de la cadena epidemiológica que son:

- Fuente de infección; es el lugar desde donde se transmite el agente al huésped. En el hombre la fuente de infección mas importante es él mismo.

- Mecanismo de transmisión; el germen utiliza un conjunto de mecanismos para ponerse en contacto con el huésped. El agente pasa del huésped portador al huésped susceptible. Puede ser transmisión directa o indirecta.

- Huésped susceptible; ultimo eslabón de la cadena epidemiológica.

Lugar donde se lleva a cabo el desarrollo de la enfermedad. El individuo que puede recibir al agente donde poder crecer y multiplicarse.

5 Discusión-Conclusión

El celador en el ámbito hospitalario está en contacto con un número importante de pacientes que se encuentran hospitalizados, por lo que es un importante potencial de transporte de microorganismos patógenos que pueden dar lugar a la transmisión de enfermedades nosocomiales no solo a pacientes sino a sí mismo personal sanitario, o a su entorno más cercano.

Por ello, es importante el uso de las precauciones estándares a todos los pacientes, ya que su objetivo es reducir la transmisión de agentes patógenos y reducir riesgos innecesarios asociados a la salud. Una de las principales precauciones estándares será la higiene de manos, el método más efectivo para prevenir enfermedades nosocomiales.

6 Bibliografía

- Paho.org

- Scielo

- Libro Evangelina Perez de la Plaza. Sexta edición

- Portales medicos. Com

-Revista medica. Com

Capítulo 477

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN ÁREAS DE PEDIATRÍA

SANDRA QUINTANILLA BALLESTEROS

IVAN CONTRERAS MARTÍNEZ

MACARENA GARCÍA POVEDA

ARMANDO DE LAS HERAS AYUSO

MILAGROS SAIZ BELINCHON

1 Introducción

El área pediátrica se compone de un equipo de profesionales cuyo objetivo es brindar una buena atención no sólo a pacientes (niños y adolescentes) con condiciones especiales, sino también a sus familiares, que en la mayoría de ocasiones son el gran apoyo para ellos.

Pediatría brinda atención médica a pacientes con énfasis en atención médica, psicológica y preventiva. El equipo pediátrico está comprometido a ofrecer una atención excelente a los pacientes y sus familias. Si un niño tiene problemas o un problema grave, la atención general del niño se gestionará mediante otros tratamientos o medicamentos según sea necesario por el personal médico del hospital, así como por otros especialistas.

En éste área, al ser un área que engloba a un grupo concreto de la sociedad, debe de tener un equipo coordinado y multidisciplinar, debido a que se deben de tratar muchas enfermedades y muy diferentes unas de otras, entre la variedad de

afecciones tratadas incluyen neumonía y otros problemas de tipo respiratorio, infecciones del tracto urinario, gastroenteritis, meningitis, trastornos de huesos y articulaciones, trastornos mentales y más. En muchos casos, hay muchos niños con diferentes síntomas que requieren un examen médico más complejo y requieren el cuidado de muchas actividades por parte de todos los especialistas. Los pacientes generalmente ingresan a través de departamentos de emergencia o clínicas ambulatorias.

2 Objetivos

- Establecer una descripción de un hospital infantil, incluida su apariencia física y relación con el personal del hospital.
- Describir las distintas responsabilidades de un celador y el abordaje correcto.

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

Todo hospital infantil tiene el área de habitaciones, sala donde se encuentran los profesionales, y una sala de ludoteca o juegos.

Las habitaciones suelen estar diseñadas en función de las necesidades médicas y la edad del paciente. Las habitaciones suelen estar destinadas a:

- Enfermedades infantiles (bebés, niños aislados, escolares).
- Medicina Pediátrica.
- Cirugía y Ortopedia Pediátrica.
- Hospital.

El departamento de atención infantil suele estar ubicado en el medio del pasillo donde se encuentran las salas. Este es el único lugar donde trabajan los profesionales de la salud y los celadores.

Aquí es donde se guardan los registros de los pacientes, se responden las llamadas a la sala y se identifica a los familiares de los pacientes. Esta es también una zona

de descanso para los trabajadores del área hospitalaria. Los servicios profesionales que se pueden encontrar incluye el Defensor del Pueblo, Farmacia, Sala de Estar, Cuarto Sucio, Lencería, Oficina Administrativa, Sala de Lactancia, Oficina del Director de Supervisión, Departamento de Medicina Pediátrica, Enfermería Pediátrica, y todo lo necesario para un óptimo cuidado de los pacientes. Los profesionales de la planta incluyen enfermeras, auxiliares de enfermería, celadores, pediatras, cirujanos pediátricos, cirujanos, nutricionistas y gerentes.

El rol del celador de Hospital Pediátrico es muy importante y se deben señalar los siguientes puntos:

- Recibirá y preparará mensajes verbales, documentos, artículos, elementos, elementos que le entreguen sus superiores.
- Garantizan el buen orden y la tranquilidad dentro de los espacios del hospital.
- Vigilan cómo entran los familiares a la habitación y solamente permiten el ingreso al personal autorizado.
- Traslado del paciente para un examen más detallado, consulta, etc.
- Ayudar a las enfermeras y auxiliares de enfermería a alentar, limpiar y transferir a los pacientes a las camas requeridas según la condición del paciente.
- No brindan información sobre sus enfermedades, tratamientos, exámenes a los familiares de los pacientes y visitantes, siempre envían a sus familiares al médico que atiende al paciente para obtener la información de salud del paciente. Se espera que cumplan con las políticas y reglas de la unidad y todos los requisitos mientras desempeñan los deberes y responsabilidades de un celador que puedan surgir.

5 Discusión-Conclusión

En el área pediátrica, un gran equipo de especialistas calificados se dedica a brindar a los pacientes la mejor atención que necesitan. Cabe mencionar el papel del equipo en la unidad, como la importancia de los celadores mencionados en la unidad. Los servicios de enfermería son parte del equipo dedicado del hospital pediátrico. Capacitar y orientar al personal que trabaja en la unidad para que trabaje en equipo es importante para mejorar la atención al paciente. Los profesionales de este ámbito comparten muchos rasgos, la mayoría vocacionales, como la motivación, la personalidad, la tranquilidad, el espíritu de equipo, etc. El papel del personal de enfermería es muy importante para gestionar y agilizar el trabajo del personal médico y, lo más importante, para la comodidad y cuidado del paciente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 478

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN LA SALA DE AUTOPSIAS

MACARENA GARCÍA POVEDA

SANDRA QUINTANILLA BALLESTEROS

IVAN CONTRERAS MARTÍNEZ

MILAGROS SAIZ BELINCHON

ARMANDO DE LAS HERAS AYUSO

1 Introducción

Los procedimientos de autopsia se utilizan para examinar el cuerpo de una persona fallecida y determinar la causa de la muerte. La palabra significa "vista del ojo", por lo que es mejor explicarla junto con la causa de la enfermedad o qué la causa. En el pasado, las dos partes de una autopsia estaban separadas: la autopsia médica y la autopsia de la enfermedad. Las autopsias son procedimientos fundamentales que tienen su origen en esclarecer situaciones dentro de la legalidad. Son realizados por médicos privados o públicos, normalmente médicos especialistas forenses primero y médicos especialistas en enfermedades después. Para realizar una autopsia, además del médico, deben estar presentes en la sala otros miembros del personal. Este personal incluye puestos adicionales llamados celadores de autopsia, cuyas funciones especializadas son ayudar y apoyar a los médicos, realizando movimientos al cuerpo, sujeción de miembros o partes del cuerpo y transporte o apoyo en el material utilizado. Según el Real Decreto

2330/1982, de 18 de junio, del Ministerio de Sanidad y Consumo, por el que se modifica la Ley 29/1980, de 21 de junio, en estos edificios, denominados salas de autopsias, se realizan autopsias para realizar el examen físico. . Revisar y determinar las necesidades previstas para el centro de autopsias.

2 Objetivos

- Determinar y explicar las funciones del celador dentro de una sala de autopsias.

3 Metodología

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

4 Resultados

Dentro de una sala de autopsias, las funciones que realiza un celador son las siguientes:

- El celador de autopsias es responsable del traslado del fallecido desde la morgue al quirófano o sala de autopsias. El cuerpo debe estar claramente identificado, colocado en un lugar designado y debe incluir el nombre y apellido del fallecido, así como presentar la documentación de su historia clínica donde se determina hora y posibles o aparentes causas de la muerte.
- Los cuartos fríos de las salas de autopsias deben mantener una temperatura de 4 grados centígrados y se conoce la ubicación exacta del almacén de origen.
- Se debe retirar la ropa del cuerpo para prepararlo para el examen y seguir las instrucciones del médico.
- El cuerpo se coloca en decúbito supino sobre o detrás de la mesa de autopsia.
- Es responsabilidad del celador mantener un ambiente adecuado, garantizar el debido respeto y evitar que personas no autorizadas entren a la habitación durante las labores de autopsia.
- El cadáver debe ser devuelto adecuadamente. El celador ayuda al médico a realizar la autopsia como lo hace un profesional cualificado, sin consultar sobre el uso adecuado de los instrumentos en el cuerpo. Además, como se mencionó

anteriormente, realiza las funciones de ayuda y apoyo en lo que necesite el facultativo. Además, se analizan órganos y se colocan restos humanos en barriles sellados para su transporte e incineración por parte de empresas autorizadas.

- Llevar el cuerpo al cuarto frío o cámaras frigoríficas para su almacenamiento momentáneo.
- Limpiar el cuerpo, habitación, mesa y elementos usados. Finalmente, los resultados de las pruebas funcionales realizadas al fallecido se distribuyen a los servicios correspondientes.
- Esterilizar equipos y residuos y enviar muestras a atención clínica.
- Asegurarse de que la habitación esté limpia y ordenada para que se pueda volver a utilizarla.

5 Discusión-Conclusión

A modo de resumen, el trabajo de celador de la sala de autopsias tiene cualidades especiales y debe poder ayudar al médico y preparar el cuerpo y la sala de autopsias, así como el material utilizado y realizar los movimientos que se precisen, así como el transporte de lo que los facultativos precisen en cada ocasión. Dado que trabajar con médicos implica limpiar y mantener habitaciones y equipos de ordenador y en perfecto estado, su trabajo requiere una formación especial. Como tal, su trabajo es importante y juega un papel importante en procesos que tienen impacto en la investigación y el derecho legal.

6 Bibliografía

1. "Decreto del Ministerio de Trabajo de 5 de julio de 1971 sobre la Ley de trabajadores insalubres."
2. "Ley 29/1980, de 21 de junio, de ordenación de las evaluaciones sanitarias."
3. "Real Decreto 2330/1982, de 18 de junio, del Ministerio de Sanidad y Consumo."
4. "Ley 72/1999, de 1 de junio, sobre sanidad de los vehículos (DOCM núm. 36, de 4 de junio)."

Capítulo 479

SÍNDROME DE BUTNOUT EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARIA DE LOS ANGELES MARTINEZ GONZALEZ

RAQUEL GARCIA ALFARO

ISABEL MARÍA MARTÍNEZ GÓMEZ

ISABEL BAÑOL MONTOYA

ALICIA CAÑADAS RIVAS

1 Introducción

Los riesgos psicosociales en el trabajo pueden estar relacionados con el horario del propio, con el contenido, con las características del lugar de trabajo, con las oportunidades de desarrollo profesional, con la relación con los compañeros...

Los riesgos psicosociales pueden afectar a cualquier trabajador de cualquier sector. Pero está reconocido que los que más los padecen son los trabajadores de sanidad, humanitarios o en situaciones de emergencia, ya que sus tareas conllevan grandes exposiciones a eventos adversos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó su Proyecto de Estrategia Mundial sobre salud, medio ambiente y cambio climático y Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030, donde se manifiestan los principios, los ob-

jetivos y las estrategias relevantes para conseguir una buena salud mental en el lugar de trabajo.

En concreto, el síndrome de Burnout, según la definición de C. Maslach (es la definición más aceptada): "forma inadecuada de afrontar el estrés crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal".

El síndrome de Burnout se conoce de forma común como "síndrome del quemado" o "síndrome de estar quemado en el trabajo", ya que el trabajador que lo padece está agotado constantemente, aunque puede causar consecuencias más graves.

2 Objetivos

- Conocer las características del Síndrome de Burnout.
- Exponer las diferencias entre el Síndrome de Burnout y el estrés laboral en el ámbito sanitario.

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

¿QUÉ ES EL SÍNDROME DE BURNOUT?

El síndrome de Burnout, también conocido como "síndrome del quemado" o "síndrome de estar quemado en el trabajo" es el estado que puede presentar un trabajador de agotamiento físico, mental y emocional, que está relacionado con el ámbito laboral, con el estrés laboral y el estilo de vida del trabajador. Puede causar consecuencias graves, tanto a nivel físico como psicológico.

La primera descripción de este síndrome fue dada por Herbert Freudenberger en trabajadores de los servicios sociales del Bronx, en Nueva York.

En un primer momento, se creía que este síndrome lo padecían los trabajadores que estaban de cara al público, pero hoy en día se sabe que está más relacionado con aspectos organizativos y con la capacidad de dar repuesta a los problemas que se puedan ocasionar en el trabajo.

La OMS reconoció en 2019 el síndrome de burnout como enfermedad. Fue incluida en 2022 en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE-11).

Enumeramos cuáles son los factores de riesgo de sufrir síndrome de burnout en el auxiliar administrativo en sanidad.

- La organización: se pueden dar situaciones de exceso de burocratización sin el necesario apoyo, además de falta de tiempo para organizar las tareas.
- Expectativas interpersonales: en ocasiones el trabajador tiene unas expectativas que no se ajustan a la realidad.
- Jornadas de trabajo que impiden la buena conciliación.
- Falta de recursos o personal necesario para llevar a cabo las tareas.
- Estar sometido a mucha presión.
- Tener mal clima laboral de forma habitual y generalizada.
- Realizar un trabajo monótono.
- Ser víctima de acoso laboral o mobbing.

Los principales síntomas del síndrome de burnout son:

- Agotamiento físico y mental. El trabajador puede sentir fatiga crónica, aumento de peso o pérdida de apetito. Dolores musculares, de cabeza, problemas gastrointestinales. En el caso del agotamiento mental, podemos destacar el estrés y la ansiedad.
- Cambio de comportamiento en el trabajador que padece burnout. Presenta una actitud de indiferencia y su trato se muestra más fosco.
- Disminución de la productividad y desmotivación. Falta de atención para desempeñar las tareas, olvidos.

Para prevenir la aparición de este síndrome entre los auxiliares administrativos sanitarios se deben realizar cambios y, estos cambios deben empezar por la empresa, por el centro sanitario. En primer lugar, se debería hacer una evaluación del estrés y/o ansiedad a los que están sometidos los trabajadores.

La empresa debe mejorar la organización de las tareas y/o responsabilidades, además de proveer al trabajador de las herramientas necesarias para poder realizar esas tareas.

El trabajador debe mantener una postura asertiva. Debe buscar un equilibrio en sus expectativas, valorar la realidad de su situación laboral. Mantener unos hábitos saludables es lo más recomendable, una vez se sale del trabajo hay que desconectar lo máximo posible, el deporte puede ayudar a ello

5 Discusión-Conclusión

Hay que tener en cuenta que el síndrome de burnout, si no se toman medidas, va creciendo de manera progresiva, si no buscamos una solución adecuada, nunca se resuelve solo.

El desgaste laboral, el agotamiento generalizado, el desánimo puede evolucionar hasta que el trabajador pueda padecer consecuencias más graves, y que no pasan solamente por la dificultad para realizar sus tareas, sino que pueda conllevar problemas psicológicos más graves. En algunos casos, puede llegar a abusar de psicofármacos, del alcohol y las drogas. Pueden padecer síntomas depresivos y trastornos más complejos.

Solicitar ayuda profesional puede ayudar al trabajador a enfrentarse a este síntoma de manera más sencilla, pero siempre tendrá que poner de su parte y esforzarse para conseguirlo.

Los responsables del centro sanitario, por su parte, colaborarán con los trabajadores en esta situación en su recuperación, pero sobre todo trabajará en la prevención poniendo en marcha las medidas necesarias para ello.

6 Bibliografía

1. Maslach, C. (2009). Comprendiendo el burnout. Ciencia y Trabajo
2. Salanova, M. & Llorens, S. (2008). Estado actual y retos futuros en el estudio del burnout.
3. Tesillo, S. Y. F. & Martínez, A. O. R.(2018). Burnout en profesionales de la salud y personal administrativo en una unidad médica de primer nivel. Psicología y Salud.

Capítulo 480

PAUTAS DE PROTECCIÓN DE DATOS PARA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL CENTRO SANITARIO

MARIA DE LOS ANGELES MARTINEZ GONZALEZ

RAQUEL GARCIA ALFARO

ISABEL MARÍA MARTÍNEZ GÓMEZ

ISABEL BAÑOL MONTOYA

ALICIA CAÑADAS RIVAS

1 Introducción

La protección de datos en el ámbito sanitario viene regulada por el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) y por la Ley de Autonomía del Paciente, esta última establece sus propios requisitos respecto a la confidencialidad de los datos médicos y la protección de datos sanitarios.

”Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparad en la Ley”.

En el sector sanitario, la Ley de Protección de Datos se aplica a todos los profesionales que en el desarrollo de su actividad manejan y tienen en su poder datos relativos a la salud de las personas y que incorporan a una Historia Clínica. Se

aplica tanto a personal sanitario o no sanitario, cualquier profesional que trabaja en el centro y puede acceder a la historia clínica de los pacientes.

Es necesario que el trabajador auxiliar administrativo en el centro sanitario conozca dicha ley para que pueda llevar a cabo la privacidad de los datos de los pacientes y su protección en el desarrollo de sus tareas. Toda historia clínica representa un soporte de datos personales de los pacientes y sobre su salud.

2 Objetivos

- Conocer la ley de protección de datos en el ámbito sanitario.
- Explicar el correcto tratamiento de los datos por el auxiliar administrativo.

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

En primer lugar, vamos a definir qué son los datos de salud, es decir, todos los datos que se encuentran en la historia clínica del paciente, esto conlleva los datos pasados, presentes y futuros de esa persona, ya sea referidos a buena salud, a enfermedad, a diagnósticos, citas, tratamientos, incluyendo, además la información sobre los hábitos de ese paciente.

Los principios exigibles de la historia clínica de los pacientes son:

- Calidad de los datos: el auxiliar administrativo sólo recogerá los datos del paciente que sean necesarios para el fin.
- Información y consentimiento: se debe informar al paciente de la existencia de un fichero, por qué se abre, quiénes son los destinatarios de la información, quién o quiénes son los responsables y explicarle que puede rectificar cuando lo necesite.

- Seguridad: se debe garantizar la seguridad de los datos obtenidos, esto lleva a la necesidad de tener obligatoriamente un "documento de seguridad". Este documento establece el protocolo que sigue el centro sanitario como medidas de seguridad de datos.
- Comunicación de datos: Si los datos van a ser dados a terceros, se debe informar y pedir permiso al paciente.
- Acceso, rectificación, cancelación y oposición: hay que informar a los pacientes de estas opciones.
- Inscripción de ficheros en la Agencia Española de Protección de Datos: cada fichero de pacientes que se genere, debe ser notificado a la Agencia Española de Protección de Datos.

Los pacientes pueden solicitar al centro sanitario la totalidad o parte de su historia clínica. Se debe saber que tiene derecho de acceso y está regulado en la Ley 41/202 de Autonomía del Paciente. Siempre se entregará una copia de la misma, nunca el original.

El auxiliar administrativo y el resto de trabajadores del centro sanitario que tengan acceso a la historia clínica de los pacientes deben mantener la confidencialidad. Este deber se puede y se debe incluir en una cláusula sobre la confidencialidad de datos en los contratos de los trabajadores.

En los centros sanitarios existe la figura del Delegado de Protección de Datos, es obligatorio que exista y así está recogido en el artículo 34 de la Ley Orgánica de Protección de Datos. Este delegado puede ser una persona interna del centro sanitario o contratarse un delegado externo.

Vulnerar el derecho de protección de datos puede ser sancionado, las sanciones se clasifican en infracciones leves, infracciones graves e infracciones muy graves.

Para cuidar y garantizar la confidencialidad de datos, el centro sanitario toma una serie de medidas:

- Restringir el acceso a los datos del paciente al personal estrictamente necesario.
- Cifrado de los datos a través de un algoritmo.
- Implementando una política de confidencialidad.
- Implementando una política de retención de datos.
- Desarrollar e implementar un programa de ciberseguridad.
- Tomar medidas de seguridad físicas, ante robos.
- Acuerdos de confidencialidad.
- Control de accesos mediante el uso de contraseñas, firewalls y encriptación.

- Utilizar papeleras y trituradoras confidenciales.
- Gabinetes de almacenamiento de documentos con cerradura.
- Entrega segura de documentos confidenciales.
- Formación del personal del centro sanitario.

5 Discusión-Conclusión

Toda aquella persona que tenga acceso a datos confidenciales, cualquiera que sea la fase del tratamiento en que se encuentra el paciente, está sujeta al deber de confidencialidad.

El auxiliar administrativo que trabaja en un centro sanitario, ya sea hospitalario o atención primaria, tiene que conocer la Ley de Protección de Datos, estudiarla, con el fin de poder llevar a cabo su cumplimiento, ya que es un profesional que maneja de forma regular datos confidenciales de pacientes.

El artículo 28 de la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, establece que "los responsables y encargados del tratamiento de datos confidenciales deberán asignar un Delegado de Protección de Datos".

6 Bibliografía

1. Álvarez, M. T. (2004). Documentación clínica y archivo. Ediciones Díaz de Santos
2. Hernández, J. M. (2006). Historia clínica
3. Fortuny, S., Martínez-Hidalgo, B., García, R., Mateo, L. & Suárez, P. (2010). Digitalización de la historia clínica y seguridad del proceso.
4. Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de Derechos Digitales.

Capítulo 481

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA ATENCIÓN TELEFÓNICA

MARIA DE LOS ANGELES MARTINEZ GONZALEZ

RAQUEL GARCIA ALFARO

ISABEL MARÍA MARTÍNEZ GÓMEZ

ISABEL BAÑOL MONTOYA

ALICIA CAÑADAS RIVAS

1 Introducción

El auxiliar administrativo en el desempeño y desarrollo de sus funciones trabaja a diario con las llamadas telefónicas, el teléfono llega a ser una extensión de su brazo.

La atención telefónica es un canal de comunicación que se da de forma no presencial. En la atención telefónica, el auxiliar administrativo, puede abordar diferentes tareas o servicios, como puede ser resolver dudas, dar citas, ofrecer información, entre otras muchas tareas.

Cuando se trabaja por teléfono, se debe prestar mucha atención al lenguaje utilizado, el tono de voz, el énfasis utilizado, aspectos que van a ser clave para que el paciente sienta que está bien atendido y tenga confianza en el auxiliar administrativo que le está atendiendo. Deben ser capaces de trasladarle confianza al

paciente, hacer que sea consciente que ha contactado con el mejor equipo y centro sanitario.

Posiblemente la llamada telefónica que se está atendiendo sea el primer contacto del paciente con el centro sanitario, esa primera impresión le va a acompañar en todo el proceso posterior, o por el contrario va a hacer que no quiera volver a contactar con nuestro centro. Es por todo ello que hay que cuidar mucho la forma de expresión, sobre todo cuando no podemos apoyarnos en la comunicación no verbal.

2 Objetivos

Dar a conocer el papel del auxiliar administrativo en la atención telefónica.

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

Es muy importante mejorar la atención telefónica en el centro de salud, la persona que atiende el teléfono debe recibir formación. El auxiliar administrativo debe controlar el tono de voz, la vocalización, el ritmo, practicar la escucha activa, no utilizar demasiados tecnicismos, etc.

La persona encargada de responder las llamadas telefónicas debe ser agradable, tranquila y segura, pero sobre todo que sepa escuchar. Hay que tener en cuenta que es responsable de que el paciente que ha llamado por primera vez, lo vuelva a hacer y quede satisfecho por el servicio prestado.

Además de esto, el auxiliar administrativo encargado de la atención telefónica debe tener un conocimiento claro del centro sanitario para poder responder con

claridad. Habrá cuestiones que no pueda responder personalmente, pero sí debe saber a quién tiene que derivar la llamada para poder solucionarlo.

Sería muy recomendable atender las llamadas con un saludo inicial preestablecido que da sensación de profesionalidad, como podría ser:

- Saludo
- Nombre del centro sanitario
- Nombre de la persona que le atiende
- ¿En qué puedo ayudarle?

Después de esto, se le preguntará el nombre al paciente y nos dirigiremos a él por su nombre, con el fin de hacerlo sentir cómodo y escuchado. Es esencial hacer sentir a la otra persona que se le está escuchando, para ello es muy importante parafrasear parte de su oratoria.

Al finalizar la conversación es importante hacer un breve resumen sobre la conclusión, confirmando lo acordado. Agradecer la llamada y despedida cordial.

Durante la conversación telefónica no existe el lenguaje no verbal, esto hace que parte de la comunicación se pierda. A veces es más difícil comunicar sin el cara a cara, sobre todo para los pacientes, les cuesta más expresarse, el auxiliar administrativo debe facilitar que el paciente se exprese con la mayor claridad posible.

Empatizar con el paciente es más difícil en una conversación telefónica, vamos a ver algunos consejos para minorizar esta dificultad:

- Usamos silencios para dar espacio a los pacientes, para que puedan transmitir todo lo que sienten.
- Utiliza un tono de voz adecuado, suave y relajado para transmitir confianza.
- Utiliza verbos de sentimiento y emoción; desear, sentir, importar, querer, etc.
- Crea conexión con los pacientes, de esta forma aumentaremos la calidad y eficacia.

Es conocido por todos que no hay nada más molesto que llamar a un lugar porque necesitas resolver una duda, un problema, hacer una pregunta, y que nadie conteste y tampoco te devuelvan la llamada. Los pacientes también deber tener claro algunas cuestiones:

- Claridad en los horarios de atención telefónica.
- Mantener los mismos números telefónicos en los distintos departamentos.
- Ser claros a la hora de devolver las llamadas.

5 Discusión-Conclusión

Las llamadas telefónicas se han convertido, hoy en día, en un recurso muy importante en el ámbito sanitario. El personal del centro de salud o del hospital debe trabajar en la mejora de sus habilidades sociales y comunicativas para una mejor calidad y servicio prestado.

El personal auxiliar administrativo del centro sanitario encargado de la atención telefónica debe saber escuchar de forma activa, saber entender a los pacientes y su forma de expresar, además de poder proporcionarles la información solicitada, dar soluciones.

En la atención telefónica es muy importante saber transmitir confianza, consiguiendo con ello establecer un vínculo con el paciente. Se transmitirá también un mayor grado de satisfacción y fidelización de los pacientes.

Los cuatro pilares básicos para una buena comunicación son:

- Adecuación del mensaje al destinatario.
- Escucha activa.
- Actitud empática.
- Lenguaje cuidado.

6 Bibliografía

1. <https://aurorainnovation.com/es/noticias/una-buena-accesibilidad-telefonica-clave-para-la-atencion-sanitaria/>
2. <https://redaccionmedica.com>
3. <https://congresosicepa.com/atencion-telefonica-centros-sanitarios>
4. <https://euroinnova.edu.es/blog/curso-auxiliar-administrativo>

Capítulo 482

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL PROCESO DEL REGISTRO DE LOS RECIEN NACIDOS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

INMACULADA CONCEPCION PEÑALVER SAEZ

ANA ISABEL GARCIA PEÑALVO

FERNANDA FERNANDEZ RIVERA

ANA MARÍA TENO MÁRQUEZ

PILAR GARCIA_VILLARACOBUEÑDIA

1 Introducción

Cuando se nace, una nueva vida surge y esto debe quedar registrado, para ello hay que inscribirse según la normativa vigente. Este lugar es el apropiado para dar fe del suceso donde consta la fecha, la hora y el lugar de nacimiento del menor si han pasado 24 horas con vida, el sexo biológico, y la filiación a sus progenitores. Antes del año 2015, el registro de los recién nacidos se realizaba siempre de forma presencial en el Registro Civil que le correspondía. A partir ese año, se permite realizarlo de forma digital, ya que estamos en la era de la digitalización. Por ello,

en los centros sanitarios que poseen unidad de paritorio y de maternidad se registra el nacimiento en el momento de tal manera que se ahorran trámites a los progenitores.

Este registro lo realiza el auxiliar administrativo y se le debe comunicar en las primeras 72 horas después de venir al mundo el neonato al registro civil los datos de cada recién nacido y su filiación materna.

A través de la digitalización de este procedimiento, del ministerio de justicia e interior, puede encontrar la información sobre este hecho y cómo proceder para la obtención de este certificado.

2 Objetivos

El principal objetivo de este capítulo es describir la tarea de los auxiliares administrativos en la inscripción del recién nacido en el Registro Civil en los centros sanitarios especializados.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en principales artículos en formato digital, así como en bases de datos como Pubmed y Scielo, así como en buscadores como Google académico con palabras como auxiliar administrativo y el registro civil.

4 Resultados

La ley 19/2015, de 13 de julio, de medidas de reforma administrativa en el ámbito de la Administración de Justicia y del Registro Civil, reconoce la posibilidad de que los ciudadanos españoles o residentes en el país de forma legal puedan comunicarse con el mismo electrónicamente desde los centros sanitarios especializados el nacimiento de los menores.

El proceso para inscribir al neonato desde los centros sanitario donde se han producido el nacimiento como hemos dicho anteriormente es en las primeras 72 horas posteriores al parto junto con la documentación que facilita la matrona o el ginecólogo según se haya realizado el nacimiento.

Los documentos que hay que presentar son:

- Libro de familia en caso de que exista porque se haya producido un matrimonio.

- Certificado de matrimonio o de pareja de hecho si hay en caso de no existir deberán personarse los dos progenitores de forma presencial en el Registro Civil.
- Declaración en formulario si la filiación es matrimonial.
- Declaración en formulario si la paternidad es no matrimonial.

Cuando se consigue la inscripción, los progenitores o padres del menor obtienen el certificado literal del nacido.

Los hospitales no pueden realizar la inscripción del neonato en estos casos:

- Desaparición de la presunción de paternidad matrimonial.
- Cuando algún progenitor tenga la capacidad modificada judicialmente.
- Cuando la madre haya renunciado al hijo.
- Cuando algún progenitor sea menor de edad.
- Hijos no matrimoniales que provienen de familias monoparentales donde falta algún progenitor.
- Cuando los progenitores no sean nacionales o tengan diferente nacionalidad.

Hoy en día, el proceso de la inscripción en el Registro Civil puede realizarse de dos formas totalmente diferentes:

- Vía telemática: que se ha descrito brevemente, es la opción de ahora.
- Vía presencial: la forma tradicional que en algunos casos debe seguir haciéndose de esta manera.

5 Discusión-Conclusión

Para concluir, es primordial que en la labor que realizan los auxiliares administrativos del ámbito sanitario conozcan tanto la documentación necesaria que hay que enviar para proceder a la inscripción en el Registro Civil y también los diferentes procesos.

También deben saber los casos en los que obligatoriamente los progenitores o el progenitor tienen que personarse en el Registro Civil para realizar la inscripción del neonato.

De tal forma que, a partir de la ley 19/2005, los auxiliares administrativos de todos los hospitales con servicio de maternidad pueden tramitar la inscripción de forma digitalizada de los neonatos para enviar al Registro Civil, para ello se le debe facilitar la formación y los protocolos adecuados por esta ley para evitar confusiones y problemas.

6 Bibliografía

1. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-12628>.

2. <https://www.sjdhospitalbarcelona.org/es/ayuda/tramites-y-gestiones/inscribir>.

Capítulo 483

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES EN LA UNIDAD DE PEDIATRÍA

INMACULADA CONCEPCION PEÑALVER SAEZ

ANA ISABEL GARCIA PEÑALVO

FERNANDA FERNANDEZ RIVERA

ANA MARÍA TENO MÁRQUEZ

PILAR GARCIA_VILLARACOBUEÑDIA

1 Introducción

El servicio de pediatría de un centro hospitalito, principalmente está formado por un equipo multidisciplinar de la salud, en el cual están tanto el personal de enfermería como el personal médico pediatra y respaldados y colaborando junto a ellos, otro personal sanitario y no sanitario como pueden ser los celadores y el técnico en cuidados auxiliares de enfermería y al mismo tiempo también puede aparecer dentro de este equipo, la figura de un auxiliar administrativo, el cual dentro de este servicio tiene diferentes tareas y funciones, las cuales dependen de la fluidez y el buen desarrollo del proceso que el paciente o familiares de estos, vayan a pasar en este servicio específico del hospital.

El servicio de pediatría atiende a pacientes, los cuales principalmente son niños, con edades comprendidas desde su nacimiento hasta los 14 años, este servicio se encarga desde su prevención y mantenimiento de la salud de estos pacientes, así como del seguimiento evolutivo o del tratamiento de las enfermedades agudas, tras haber pasado una enfermedad o tratamiento.

El trabajo que se presta dentro del servicio de pediatría, es muy diferente al resto de los servicios que ofrece en un centro hospitalario, pues en este servicio sus principales pacientes y usuarios son tanto niños como sus familias, por lo que sería muy importante que el personal sanitario y no sanitario, que trabaja dentro de esta unidad o servicio, sepa comprender y tratar y comprender a estos pacientes y a sus familias, en caso de un auxiliar administrativo, debe mostrar empatía y amabilidad hacia estos.

2 Objetivos

Dar a conocer e indicar las funciones principales de un auxiliar administrativo en el servicio de pediatría de los centros hospitalarios

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

El auxiliar administrativo que trabaja y presta sus funciones dentro del Servicio de Pediatría, principalmente aporta su trabajo como personal estatutario, en las que realiza tareas en las labores de secretaría médica, y colabora administrativamente con los diversos departamentos que componen este servicio, a la vez que también mantiene su labor administrativa y debe estar en plena conexión con cualquier zona o servicio de un centro hospitalario, en el cual pueda ser requerido en algún momento en concreto por el servicio de pediatría, ya sea para el trámite del ingreso en planta de un paciente, la realización de cualquier tipo de prueba que necesitan o para cualquier tipo de situación sanitaria que se necesite.

Entre las principales tareas y funciones de un auxiliar administrativo, dentro del servicio de pediatra de un centro hospitalario, nos encontramos las siguientes:

- Atención telefónica
- Realización de informes
- Gestión del material del departamento
- Gestión de base de datos, consultas y urgencias. Control de Citas
- Atención al público
- Gestión de la Historia Clínica
- Asignación administrativa de nuevos pacientes por profesional y actualización diaria de los mismos.
- Programación de Agenda de Pediatría
- Gestiones internas como tratar la realización de una prueba, o externas como derivaciones a otras consultas u centros.
- Control de días y horarios del personal
- Control y estadística de actividades por profesional
- Fotocopias
- Gestión de agendas de profesionales y departamentos

Las funciones del auxiliar administrativo dentro del servicio de pediatra, se pueden extender hacia otro muchas unidades y servicios de un centro hospitalario, pues más bien dichas funciones son bastante genéricas en el personal administrativo, ya que se trata de un personal independiente de la zona o servicio en el que trabajan. Por eso mismo este personal es muy polivalente dentro de un centro hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

El servicio de pediatría de un centro hospitalario es diferente al resto de servicios que se prestan dentro un hospital, ya que principalmente estos pacientes, son niños, cuya inocencia está por encima de todo, por esto mismo, un auxiliar administrativo deber ser cordial y amable con los niños y con sus familias, pues al servicio de pediatría, acudirán niños con cualquier tipo de dolencia o patología, por lo que un buen trato por parte del auxiliar administrativo, como de todo el personal sanitario y no sanitario, siempre será beneficioso y de agradecer.

El auxiliar administrativo es una figura a destacar en servicio de pediatría, pues sus tareas y funciones son esenciales para el desarrollo y la fluidez del servicio. Su buen conocimiento del funcionamiento del servicio hará que el proceso de tanto ingreso como estancia de los pacientes y sus familiares pueda ser más aligerado y ameno.

6 Bibliografía

<https://seviciopediatria.com>

www.chospab.es

Pubmed

Capítulo 484

ATENCIÓN TELEFÓNICA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

PILAR GARCIA_VILLARACOBUEÑDIA

INMACULADA CONCEPCION PEALVERSAEZ

ANA ISABEL GARCIA PEALVO

FERNANDA FERNANDEZ RIVERA

ANA MARA TENOMRQUEZ

1 Introducción

El Covid-19 ha cambiado totalmente la forma de atender al paciente, antes de la pandemia, nadie podía imaginar que una llamada de telefónica podría solucionar un problema de salud, pero a consecuencia del virus, podemos decir que este tipo de atención telefónica a pacientes, ha venido para implantarse de forma habitual. Al principio de la pandemia, se utilizaba para evitar el riesgo de contagio, tanto de pacientes vulnerables como de los propios profesionales sanitarios, sustituyendo las citas presenciales innecesarias, por las citas telefónicas.

Cuando el paciente llama al centro de salud para pedir una cita con su médico

o enfermero, es el auxiliar administrativo el que atiende en primera instancia al paciente.

El tono de voz utilizado es muy importante para recibir al paciente, ya que son muchos de ellos los que no están de acuerdo con este sistema de atención telefónica y se considera el primer eslabón en la atención sanitaria.

Son muchos los pacientes que llaman enfadados, asustados o desorientados, y es el auxiliar administrativo el que tiene que ser empático, debe facilitar una escucha activa y deberá intentar resolver las situaciones que se planteen con los distintos pacientes.

Es por ello, que la labor del auxiliar administrativo es muy importante en el sistema sanitario.

2 Objetivos

Se pretende con este capítulo analizar el papel que desempeña el personal auxiliar administrativo en la atención telefónica.

Analizar las ventajas y los inconvenientes del uso de la atención telefónica en el sistema sanitario.

3 Metodología

Para elaborar este capítulo, se ha llevado a cabo una investigación que consiste en la revisión y búsqueda sistemática de libros y artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo.

También se aporta al capítulo experiencias personales en el puesto de trabajo en el sistema sanitario.

4 Resultados

Tras la llegada de la pandemia, podemos decir que existen distintos tipos de atención al paciente en el sistema sanitario, la atención presencial en la consulta con el profesional sanitario y la atención telefónica.

Al comunicarnos con el paciente por teléfono, establecemos un intercambio de información, por lo que hay que utilizar un lenguaje de calidad y un lenguaje profesional adaptado a la persona que tenemos al otro lado del teléfono. Siempre se dará una información con claridad, e intentará resolver las necesidades o dudas que se plantea el paciente.

Como todo sistema que se implanta, podemos destacar ventajas, entre ellas enumeramos:

- Evitar salidas innecesarias de los pacientes y de los profesionales de su puesto de trabajo.
- Evitar o disminuir el contagio del virus o de cualquier otra pandemia.
- Limitar desplazamientos innecesarios, ya que se puede solucionar en una simple llamada, lo que conlleva a disminuir colas y esperas en los servicios sanitarios.
- También puede ser un primer filtro para evaluar si el paciente realmente necesita una visita presencial con su médico, pediatra o enfermero, siendo cada uno de estos profesionales los que decidan en cada momento si la visita se resuelve por teléfono o es necesario que el paciente se traslade al centro de salud, al igual que son ellos los que deciden la prioridad o urgencia de la visita o atención al paciente.

Pero al igual que se enumeran las ventajas, también podemos indicar algunos inconvenientes:

- Hay pacientes que no saben expresar por teléfono lo que sienten o no entienden la información que se les transmite.
- Se pueden generar malentendidos por no entender el mensaje, bien sea por interferencias en la comunicación u otro motivo.
- En el caso del auxiliar administrativo, la saturación de llamadas, el cansancio, el estrés generado por la multitud de llamadas que se reciben a lo largo de la jornada, a la vez que se realizan otro tipo de gestiones administrativas, como agendas de los profesionales, dar citas a pacientes en atención primaria, en atención especializada, realizar trámites de Tarjeta Sanitaria...
- Malestar muscular por las posturas al teléfono, problemas de oído...
- Fatiga y malestar por no poder responder en algunas ocasiones las llamadas, ya sea por falta de personal o de medios, ya sea por el trato de algunos pacientes mal educados, ya sea porque no está su médico para atenderlo, porque existan listas de espera... y al ser personas que están al teléfono creen entender que todo es por culpa en primera instancia del auxiliar administrativo.

5 Discusión-Conclusión

Con la llegada del Covid-19, podemos decir que la cita telefónica se ha implantado para minimizar riesgos de contagios, por lo que este tipo de atención sanitaria en Atención Primaria, ha sido primordial para evitar así más contagios y poder frenar la escalada de la pandemia.

Por ello, el papel de auxiliar administrativo ha sido y seguirá siendo clave, ya que es el primer eslabón en el sistema sanitario, es el primer contacto que tiene el paciente con el centro de salud.

El auxiliar administrativo tiene que ser profesional, empático, paciente, amable con los usuarios e intentar resolver cualquier consulta, duda o problema del paciente, unas veces será esta simple llamada la que dé solución a la consulta, y otras veces será un enlace entre el paciente y el profesional sanitario, el cual decidirá si la consulta se resuelve en esta llamada, o por el contrario, el auxiliar administrativo tendrá que gestionar otra cita presencial para que pueda atenderlo, al igual que será el sanitario el que decida la prioridad o urgencia de la cita con el paciente.

Por ello, podemos decir que en Atención Primaria los profesionales forman un gran equipo, y son cada uno de ellos un eslabón muy importante en la cadena de atención sanitaria.

6 Bibliografía

Atención telefónica Editorial MAD.

Revista AMF "las consultas por teléfono han llegado para quedarse".

Bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo

Experiencia personal en el puesto de trabajo en Atención Primaria

Capítulo 485

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA DIGITALIZACIÓN DE LA SANIDAD

SALUD CANO LOPEZ

MARIA OLMO JIMÉNEZ

VIRGINIA ESCOLAR GARCIA

ROSARIO GALIANO VILLAFUERTES

ANDREA ARENAS VILLALTA

1 Introducción

El devenir del sistema sanitario ha seguido el proceso de la sociedad y se ha subido a un tren de alta velocidad para poder adecuarse a la revolución tecnológica, en parte esto se ha producido debido a la pandemia del coronavirus, ya que la asistencia de la atención primaria y especializada ha obligado a generar un nuevo modelo de atención, para evitar el colapso de la sanidad se ha utilizado un sistema de atención a distancia que se ha instaurado con el covid – 19.

El viejo continente ha luchado para generar una unidad sanitaria y poder hacer frente a realidades sanitarias de urgencia como brotes o pandemias de alta virulencia a través de la tecnología y la digitalización, pero aún queda mucho por caminar para que se creen los cimientos adecuados.

Se ha acelerado nuevo modelo de atención en esta aceleración de la digitalización a la hora de atender a los usuarios del sistema de salud. Al asumir de forma generalizada las tecnologías y los sistemas de digitalización, los nuevos cimientos

han nacido para quedarse y se han ido desarrollando métodos para solucionar los problemas de los usuarios de la sanidad y apoyar a todos a la entrada en la nueva era.

2 Objetivos

- Analizar las funciones del auxiliar administrativo en la atención sanitaria desde la tecnología.
- Evidenciar la necesidad de formación tanto al usuario como al profesional del sistema sanitario para poder actualizarse en la digitalización.

3 Metodología

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

4 Resultados

La sanidad digitalizada conlleva la integración de cada una de las partes de las nuevas tecnologías para que se unifiquen las intervenciones de todos los profesionales de la salud y los pacientes y usuarios del sistema a la hora de realizar la atención y llevar a cabo la toma de las decisiones.

Los usuarios y pacientes demandan a este sistema una respuesta estructurada y organizada de sus necesidades, gracias los diferentes aparatos tecnológicos y medios para comunicarse que la sanidad ha ido adquiriendo y utilizando para poder continuar ofreciendo una atención efectiva. La inteligencia artificial es un desafío al que la sanidad ha ido haciendo frente para poder actualizarse.

En la actualidad, la digitalización ha conseguido muchas ventajas a los usuarios del sistema, por ejemplo el acceso a la historia clínica de forma organizada y estructurada que logra una mejor comprensión de los procesos y los datos a los que los pacientes se someten.

Pese a todo lo mencionado, aún queda tiempo para utilizar estos medios de forma generalizada. Se debe considerar una serie de aspectos para poder llegar a hablar

de salud digital:

- Digitalización de los profesionales sanitarios y no sanitarios. El cambio en la cultura digital de los profesionales asistenciales
- Actualización de los medios para asumir la cultura digital.
- Nacimiento de un marco normativo para que se tenga en cuenta la protección de datos, por ello los profesionales únicamente pueden acceder a los datos de su competencia.

Actualmente, las funciones y tareas del auxiliar administrativo han cambiado sus gestiones, por un lado, se reduce el trabajo con la digitalización y las gestiones que realizar se centran en la aplicación de la digitalización para los usuarios y sus herramientas de aplicación.

Pese a estos, los sistemas sanitarios de las comunidades tiene algunos problemas para actualizarse digitalmente:

Los sistemas de salud se enfrentan a los siguientes problemas para su modernización:

- Educación de los profesionales y usuarios en la digitalización.
- Unificación integral de lo necesario del sistema.
- Inversión en los procesos de tecnificación.
- Nacimiento de políticas públicas.
- Difusión de los beneficios de la digitalización del sistema sanitario a los beneficiarios del mismo.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, principalmente dentro de la atención primaria, ha nacido un nuevo sistema de atención que se basa en la no presencialidad, de tal manera que se agiliza el sistema y son parte básica de esta nueva estructura los auxiliares administrativos.

Este profesional no sanitario es el encargado de contactar con los usuarios del sistema de primaria y realiza los trámites y envía los documentos clínicos y no clínicos con base en las pautas de los facultativos y los enfermeros. Esto muestra la estructura del sistema entrelazada y el trabajo en equipo.

Las funciones y actividades a través de los programas de digitalización son el reto de los auxiliares administrativos, ya que deberán recibir la formación para poder dominar los programas y herramientas digitales, ofreciendo una atención de calidad.

6 Bibliografía

1. https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/pdf/Estrategia_de_Salud_Digital_del_SNS.pdf.
2. <https://gacetamedica.com/politica/cual-es-el-futuro-de-la-digitalizacion-en-la-sanidad-espanola/>.
3. <https://seis.es/wp-content/uploads/2018/02/LA-TRANSFORMACIONDIGITAL-DEL-SECTOR-SALUD-EN-ESPA%C3%91A.pdf>.
4. <https://salud-digital.es/wp-content/uploads/2021/03/Informe-sobreTransformacion-Digital-en-Salud-Actualizacion-2021.pdf>.

Capítulo 486

EL TRAYECTO A SEGUIR POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LLAMADA CON UN PACIENTE

SALUD CANO LOPEZ

MARIA OLMO JIMÉNEZ

VIRGINIA ESCOLAR GARCIA

ROSARIO GALIANO VILLAFUERTE

ANDREA ARENAS VILLALTA

1 Introducción

La atención telefónica que presta el auxiliar administrativo al recibir o contestar una llamada se convertirá automáticamente en la seña de identidad o presentación del centro en el cual se trabajando este personal. Es algo fundamental intentar causar una buena impresión y asistir a esta llamada con educación y cortesía, ya que beneficiará las interacciones con pacientes y usuarios. Es importante que el personal administrativo escuche y ponga mucha atención para poder resolver cualquier tipo de duda o atención del interlocutor que realiza la llamada. Hace ya muchos años que el teléfono se convirtió en una herramienta fundamental tanto para el personal que trabaja en los centros de salud y hospitales, no solo para los telefonistas, en nuestro caso para el auxiliar administrativo, como para el usuario que necesita ponerse en contacto con un centro sanitario determinado.

En el pasado, poder ser contactado por teléfono era esencial, pero esto es aún más esencial hoy en día con la expansión de los teléfonos móviles, ya que es posible contactar a los usuarios rápidamente, en cualquier momento del día y en cualquier lugar. El servicio telefónico tiene la ventaja de poder hablar con cualquier persona en el momento, para poder resolver casos, dudas, concertar citas, aclarar cualquier tipo de situación, tanto personales como colectivas. El auxiliar administrativo que trabaja en este servicio de atención telefónica, que suele estar ubicado en las recepciones de los centros de salud, es el responsable que se encarga del teléfono y de atender a todas las personas que necesitan esta atención.

2 Objetivos

Dar a conocer la actuación del auxiliar administrativo ante la atención telefónica con los usuarios y pacientes a través de los centros sanitarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

El centro sanitario estará continuamente prestando el servicio de atención telefónica las 24 h del día, por lo tanto, será conveniente que el personal administrativo encargado de la atención telefónica esté o se encuentre debidamente formado o preparado para dicha atención exclusiva y personalizada hacia demandantes o usuarios del centro en cuestión. El auxiliar administrativo responsable de la atención telefónica deberá seguir unas pautas básicas para una mantener una comunicación positiva y eficaz, dichas pautas podrían ser las siguientes:

- Atender el teléfono inmediatamente, no dejar que suene más de 3 veces.
- Comenzar las conversaciones con un saludo diciendo "Buenos días" o "Buenas tardes" y decir el nombre de la clínica o centro médico.
- Intentar hablar en un tono calmado y amable

- Es importante tomar notas si la consulta lo precisa
- Practicar la escucha activa dejando que el cliente explique lo que realmente quiere o necesita
- Hacer preguntas cuidadosamente para obtener la mayor cantidad de información posible, pero con precaución para no llegar a molestar
- Tener paciencia y no perder nunca las buenas maneras
- Por último, recordar o repetir los puntos fundamentales de los que el usuario necesita o precisa .

Tenemos la oportunidad también de hablar además de otros aspectos a tener en cuenta y que están relacionados con el servicio telefónico, y que son muy importantes para poder transmitir estabilidad y tranquilidad al paciente. Algunos de estos podrían ser los siguientes: la escucha activa, la empatía, la fluidez, la sonrisa, la voz, el silencio y las pausas. El auxiliar administrativo debe contestar o atender el teléfono, siempre con una actitud positiva, con la disposición para ayudar y contribuir a la solución de cualquier situación o duda que le sea requerida.

Al descolgar, se nos presentará el motivo de la llamada, tras esto este personal tratará de resolver , ayudar o gestionar este motivo, y tras el desenlace o cuando el motivo de la llamada este solucionado, llegará el momento de despedirse de manera muy cordial, para dejar una buena imagen o sensación en el usuario o interlocutor.

5 Discusión-Conclusión

El saber estar, paciencia y resolución del auxiliar administrativo serán actitudes fundamentales para la buena resolución del proceso telefónico. El trato telefónico por parte de un auxiliar administrativo será realmente la carta de presentación o la imagen que da el centro sanitario hacia el exterior.

La empatía, la sonrisa y la actitud positiva son las mejores armas del auxiliar administrativo para poder prestar la atención telefónica a cualquier tipo de usuario. La atención telefónica por parte de este personal que trabaja en un centro sanitario será tan importante y efectiva como la atención en persona que también tendrán que hacer frente al usuario que se presente en el centro sanitario.

6 Bibliografía

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

Capítulo 487

AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL DERECHO A LA INFORMACIÓN SANITARIA LOS PACIENTES

MARIA OLMO JIMÉNEZ

VIRGINIA ESCOLAR GARCIA

ROSARIO GALIANO VILLAFUERTE

ANDREA ARENAS VILLALTA

SALUD CANO LOPEZ

1 Introducción

Vamos a hablar sobre el derecho a la información sanitaria de los pacientes y /o usuarios de los centros sanitario y sociosanitarios por parte del equipo de auxiliar administrativa de los centros hospitalarios y como llevar este proceso.

Nos enfocamos en los derechos de información de salud de todos los usuarios y del propio personal.

El derecho a la información, como su nombre lo indica, es un conjunto de derechos que los usuarios de los servicios de salud, como pacientes, debemos conocer sobre nuestras condiciones de salud. Esta información debe ser precisa, ayudar al paciente a tomar decisiones por su propia voluntad y proporcionarse de manera que haga que el paciente sea un individuo comprensible y relevante para nuestras necesidades. Tiene derecho a recibir... Hasta que la promulgación de la Ley

41/2002 de Autonomía del Paciente y Derechos a la Información y Documentos Clínicos el 14 de noviembre, este problema se resolvió mediante ayudas visuales. Gracias a la investigación. Esta teoría muestra la aplicación del sistema legal, especialmente el derecho civil. Según esta ley, el destinatario de la información no puede ser recibido únicamente por el estado o persona legalizada, y si el paciente lo permite, entender cómo acompañarlo con el próximo familiar.

2 Objetivos

- Explicar en el conocimiento del derecho a la información por parte del paciente y las limitaciones de este derecho.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo se realizó una revisión bibliográfica sobre los temas tratados en este capítulo. También se realizan búsquedas de libros y artículos en las principales bases de datos como Google, Scielo, Pubmed y Medline, y se seleccionan artículos de publicaciones académicas revisadas por pares.

4 Resultados

Este derecho a la información incluye respetar la confidencialidad de los datos de salud del paciente. Por lo tanto, el acceso no es posible sin el consentimiento previo, como exige la ley. También es obligación de las instituciones médicas tomar las medidas necesarias para garantizar la protección de datos. Nuestros derechos a la información deben ser protegidos no solo por nuestros profesionales médicos, sino también por otros profesionales médicos que trabajan con nosotros durante nuestro tratamiento, atención o procedimiento. Al igual que cuando los pacientes hablan abiertamente con sus familiares y por razones prácticas, los establecimientos de atención médica exigen derechos de los usuarios sobre la información de atención. Esto incluye el derecho a ser informado verbalmente y por escrito sobre toda la asistencia recibida, como por ejemplo:

- Visitas al médico de familia, análisis clínicos y clínicos, etc.
- Antes de cualquier intervención médica, conocer el diagnóstico de la enfermedad, la finalidad y naturaleza de la intervención propuesta, y sus riesgos y consecuencias. Sus derechos a la información de salud pueden estar restringidos bajo las siguientes circunstancias:

- Para pacientes menores de edad, debe proporcionar información a su leal saber y entender. Por determinadas circunstancias hipotéticas.
- Pleno conocimiento de las "circunstancias en las que no puede hacer daño" del paciente por estos motivos, ya sea que representen algún tipo de trastorno mental o disfunción, tal como lo confirman las necesidades terapéuticas del usuario; su salud es cada vez más crítica para él. En este caso, el profesional médico dejará constancia por escrito del motivo en la historia clínica y comunicará la decisión a la asociación, familia o clínica del paciente. Los ciudadanos tienen derecho a recibir información epidemiológica, a conocer los problemas de salud que ocasiona en las comunidades civiles cuando represente una amenaza para la salud pública o individual, y a difundir dicha información de manera honesta, completa y cabal para proteger su salud.

5 Discusión-Conclusión

Teniendo en cuenta su contenido, la referencia a los familiares, como personas con derecho a la información, fue eliminada de la normativa vigente cuando entró en vigor el derecho común de salud, y el concepto es un término legal no especificado, por lo que resultó controvertido. Se reemplazó por la referencia a "familiares o personas relacionadas con el paciente por razones prácticas para mejorar la precisión de la información del titular del derecho".

En este sentido, se establece que el titular indiscutible del derecho a la información asistencial es el propio paciente, sin perjuicio de la información que corresponda a los miembros de su familia o a las personas con las que mantenga una relación real. Tiene permiso explícito o implícito, por lo que siempre necesitará tu permiso.

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.

Capítulo 488

HIGIENE DEL PACIENTE ENCAMADO

IZASKUN LOPEZ REDONDO

1 Introducción

La limpieza general es un aspecto fundamental en los cuidados de un enfermo encamado, se realiza con la finalidad de preservar la piel y las mucosas en buen estado, de esta manera conseguimos que lleven a cabo su función protectora correctamente, además de estimular la circulación de la sangre, se realiza una valoración física en general, se detecta las posibles irritaciones de la piel, eczemas, úlceras por presión, heridas...

El personal sanitario tiene constante contacto con los enfermos, por eso se debe cuidar con mucho detalle.

Pueden distinguirse dos tipos de higiene: la individual, para la salud de la persona, y la social regla que se emplean en comunidad.

Cuando el paciente está bien aseado, ayudamos a mejorar su autoestima y, por lo tanto, su estado emocional.

La higiene de los pacientes recae sobre el Técnico Auxiliar de Enfermería, pero es ayudado por el celador y con supervisión de la enfermera. Por este motivo el celador debe conocer los tipos de aseo que se le puede proporcionar al paciente y la forma de realizarlos, aquí nos vamos a centrar en el aseo de un paciente que este encamado, habiendo otros tipos que son: el aseo en ducha o aseo en bañera para los que por alguna circunstancia no pueden ducharse.

2 Objetivos

Exponer cuestiones básicas de la higiene del paciente encamado.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda de investigación en base datos como Google Scholar, Books Google, Pubmed... escogiendo artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Palabras clave: funciones celador en aseó encamado, aseó hospitalario, tareas de celador, higiene en paciente encamado.

4 Resultados

Para desarrollar la higiene del paciente que no tiene movilidad y debe estar en cama, debemos tener en cuenta:

Primero hay que mantener una temperatura ambiente adecuada, aislar al paciente con un biombo o cortina, y tener preparado para disminuir el tiempo empleado: jabón (pH neutro), palangana con agua entre 40 y 46° C, tijeras de punta roma, cuña, peine, ropa de baño, la ropa del paciente, ropa de la cama y la bolsa para la ropa sucia.

El celador debe lavarse las manos primeramente y ponerse guantes de un solo uso, antes de comenzar con el aseó del paciente y una vez acabado quitárselos. No se procederá al aseó de otro paciente con los mismos guantes.

Para estimular la autonomía y autoestima del paciente se le pedirá su colaboración, explicándole los pasos que van a realizar, hay que mover al paciente con mucho cuidado y suavemente cuidando de los equipos que tenga conectado como sondas, sueros o drenajes.

Al paciente se le acomoda en posición decúbito supino para lavar la parte anterior del cuerpo, y en decúbito lateral para el lavado de la parte posterior. El lavado se hará desde arriba hacia abajo, empezando con el afeitado en caso de los varones, en los ojos se le aplicará suero salino; cara, cuello y hombros, brazos, manos, axilas, tórax y mamas, abdomen, piernas y pies, espaldas y nalgas.

Por último, la región genital con las piernas separadas y flexionadas y colocando la cuña debajo del periné, en esta zona hay que aplicar un antiséptico no irritante en lugar de jabón.

A continuación, se puede aplicar la crema hidratante dando un suave masaje para activar la circulación de la sangre.

Y terminado el baño se vestirá al paciente con el pijama o camisón, y se procederá a la realización de la cama. En un paciente con hemiplejia, es decir, con la mitad del cuerpo paralizado, para vestirlo se procederá a empezar siempre por el lado

afectado, para quitarle la ropa se comenzará por el lado sano.

El lavado de cabeza se realizará una vez por semana, siendo la posición adecuada la de Roser o Proez.

5 Discusión-Conclusión

El papel del celador es clave dentro del equipo sanitario, ya que es el que ayuda al Auxiliar de Enfermería para hacer el lavado lo mejor posible y disminuir el tiempo empleado, por este motivo el celador debe conocer los tipos de aseo que se le pueden proporcionar a los pacientes y la forma de realizarlos. Excepcionalmente, lavarán y asearán a los enfermos masculinos.

Es importante tener al paciente bien aseado porque así le ayudamos a mejorar su autoestima y, por lo tanto, su estado emocional, además de así poder comprobar cada día el estado de su piel al estar encamado.

El cuidado de personas mayores o dependientes ha sido siempre una labor llevada a cabo primordialmente por mujeres. Un papel que actualmente continúa liderado por figuras femeninas en más de un 85% de los casos.

6 Bibliografía

Bi2t Servicios Asistenciales S.L.

Publicado por ASISTED el 8 marzo, 2022

ASISTED es la empresa líder en Cataluña de Servicios Integrales de Asistencia a las Personas (SIAP).

Revista médica Ocronos.

Temario de celador: <http://celadoresonline.blogspot.com/>

Capítulo 489

EL CELADOR Y SU LABOR EN EL QUIRÓFANO

BELÉN MORENO FLORES

AMANDA PEÑA VALLE

MARÍA JOSE ARROYO RIVERA

ESTEFANÍA GÓMEZ SÁNCHEZ DE LEÓN

CRISTINA TORRES ASENSIO

1 Introducción

Aunque este trabajador tiene unas funciones generales a realizar, dentro del nombramiento en la categoría profesional de Celador que presta sus servicios en centros hospitalarios, tiene otras específicas según el servicio o unidad donde realiza su labor. Todas y cada unas, igual de importantes.

Por ejemplo, el celador que trabaja en el servicio de Urgencias, se encarga del traslado de los pacientes a las diferentes salas donde se le va a realizar la asistencia sanitaria. También se encarga del traslado de documentación, entre otras funciones. Es decir, está en contacto directo con el propio paciente.

En el servicio de Archivo, actúa con documentación, no tiene contacto alguno con los pacientes o enfermos.

Es importante que antes de empezar con su contrato de trabajo, tenga claras las funciones que debe realizar.

La función del celador en quirófano es muy importante y debe conocer paso a paso las acciones a realizar antes, durante y después de la intervención quirúrgica.

Al realizar funciones de desinfección de materiales y mesa de operaciones para posteriores cirugías, de él depende, en gran manera, que estas se realicen con el cien por cien de garantías.

Además, debe conocer las técnicas de traslado de pacientes tanto en silla de ruedas, cama o camilla.

2 Objetivos

Enunciar y explicar brevemente las funciones a realizar por un celador en el quirófano antes, durante y después de la realización de una cirugía.

3 Metodología

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

4 Resultados

Principales funciones en quirófano:

Preparación del quirófano:

El celador se encarga de preparar meticulosamente la sala de operaciones antes de que comience una cirugía. Esto implica asegurarse de que todos los equipos, instrumentos y suministros necesarios estén en su lugar y funcionando correctamente. Además, se encarga de mantener un ambiente estéril y limpio siguiendo estrictos protocolos de higiene.

Asistencia al paciente:

Cuando el paciente llega al quirófano, el celador juega un papel esencial en su atención. Proporciona apoyo emocional, ayudando a calmar los nervios y a preparar al paciente para la cirugía. Además, verifica la identidad del paciente y se asegura de que se realicen los procedimientos de ingreso adecuados.

Traslado del paciente:

El celador traslada al paciente desde la sala de preparación hasta la mesa de operaciones, utilizando una camilla o silla de ruedas especialmente diseñada para garantizar un movimiento seguro y cómodo. El paciente, nunca irá al quirófano por su propio pie. Durante este proceso, se presta especial atención para evitar cualquier lesión o malestar al paciente.

Asistencia al equipo médico:

Durante la cirugía, el celador trabaja en estrecha colaboración con el equipo médico. Suministra los instrumentos y equipos solicitados por el cirujano y garantiza que todos los procedimientos se realicen sin contratiempos. También puede ayudar en la disposición de campos estériles y en la preparación de la sala para la cirugía.

Traslado del paciente a la sala de recuperación:

Una vez que la cirugía ha concluido, el celador traslada al paciente de regreso a la sala de recuperación. Durante este proceso, se asegura de que el paciente esté cómodo y bien atendido, manteniendo su seguridad como prioridad.

Limpieza y desinfección:

Posteriormente, el celador contribuye a la limpieza y desinfección del quirófano, preparándolo para la próxima cirugía o procedimiento. Esto implica retirar los materiales utilizados, desinfectar las superficies y asegurarse de que todo esté en perfectas condiciones para la siguiente operación.

5 Discusión-Conclusión

En un quirófano, cualquier trabajador forma parte como eslabón de la cadena. La labor del celador en quirófano es de suma importancia para el funcionamiento eficiente y seguro de las cirugías y procedimientos médicos en un hospital. Su dedicación y atención meticulosa a los detalles son esenciales para garantizar que tanto el equipo médico como el paciente se sientan respaldados y seguros en este entorno crítico. La colaboración efectiva del celador en el quirófano contribuye en última instancia a la prestación de atención médica de calidad y al éxito de los procedimientos quirúrgicos. Su papel en la atención médica es un testimonio de su importancia en el equipo hospitalario.

6 Bibliografía

- 1 <https://revistamedica.com/celador-quiropano-funciones-basicas/>.
2. Ocronos. Vol. IV. N° 11–Noviembre 2021. Pág. Inicial: Vol. IV; n°11: 105 <https://revistamedica.com/responsabilidades-celador-quiropano/>.
3. Ocronos. Vol. VI. N° 4–Abril 2023. Pág. Inicial: Vol. VI; n° 4: 228.6.

Capítulo 490

TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN E INMOVILIZACIÓN PARA CELADORES.

YOLANDA HUECAS HERAS

ISMAEL GARCIA OCAÑA

AURORA ALMENDROS GARCÍA

CRISTINA LUCÍA BRULL RODRÍGUEZ

JOSÉ JUAN TAPETADO VILLANUEVA

1 Introducción

El celador es una figura Sanitaria de gran importancia, ya que es el primero que recibe al paciente, debido a su situación su estado de ánimo se encuentra inestable y el celador maneja estas situaciones sin alterarse. La profesión del celador surgió por la acumulación de diversas funciones que eran indeterminadas para otras categorías, pero que a la vez son muy importantes para el día a día del centro hospitalario.

Algunas de las funciones principales del celador son: movilización e inmovilización y traslado de pacientes en diferentes áreas como pueden ser zonas quirúrgicas, plantas de hospitalización, rayos, traumatología, ambulancias y traslados. Todas estas tareas llevarán una serie de protocolos y conocimientos que nombraremos posteriormente.

La ergonomía es el conjunto de técnicas que el celador deberá adecuar entre el que trabajo y la persona. En la movilización activa o asistida: En ella el celador actuará de ayuda adicional, ya que el paciente colabora en mayor o menor grado.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones del celador en la movilización de pacientes.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para la movilización de pacientes, los celadores tendrán diferentes materiales, dependiendo de la situación, que les servirán para un traslado más fácil.

Materiales para movilización de pacientes encamados

- Rulo Sanitario: Es un dispositivo rectangular plano de aproximadamente 2 m de largo por 50 cm de ancho que se puede plegar en dos. Gracias a este aparato el paciente puede ser desplazado por arrastre sin necesidad de tener que levantarlo, siendo esta una manera muy cómoda para el celador.
- Elevador hidráulico o grúa: Como su propio nombre dice, este dispositivo es una grúa eléctrica, permite movilizar a pacientes que con movilidad limitada o nula, haciendo así que el traslado sea más fácil.

Materiales para el traslado de pacientes: son los usados para el traslado de pacientes de una zona a otra:

- Silla de ruedas: Dispositivo muy común para mover pacientes en posición sentado dentro de diferentes zonas hospitalarias

- Camas y camillas: Son los dispositivos más usados usuales en la movilización de pacientes dentro del centro médico. Existen diferentes tipos de camas o camillas: Camillas fijas, camillas móviles, cama de planta y fijas, camas mecánicas.
- Materiales de inmovilización: Son aquellos que se usan para inmovilizar una zona, para inmovilizar una zona corporal concreta del paciente para que en el traslado no se agrave más.
- Collarines cervicales: son instrumentos imprescindibles para la inmovilización primaria de la columna cervical en caso de tener sospechas de una lesión.
- Dama de elche o inmovilización tetracameral: es un objeto que consta de una base donde se adhieren dos piezas laterales con un orificio centrado para observar el pabellón auditivo. Su objetivo principal es conseguir que la cabeza no se mueva hacia los laterales.
- Féculas de inmovilización de extremidades: son aquellas destinadas a inmovilizar las extremidades.
- Férulas neumáticas: están fabricadas por nylon o plástico, tiene una válvula para controlar la entrada y salida del aire. Esta se colocará intentando mover lo menos posible el miembro afectado.
- Férulas de vacío: estas hacen la misma función que las férulas neumáticas, pero la inmovilización que hace es más efectiva, ya que están fabricadas con un material mucho más resistente y están rellenas por pequeñas partículas de poliéster.
- Férulas de extracción: son férulas rígidas y metálicas que cumplen la misma función, pero que permite realizar una atracción lineal constante del miembro afectado.
- Colchón vacío: este es uno de los materiales o sistemas de inmovilización más completos. Están fabricadas por materiales muy resistentes.
- Tablas largas: es la inmovilización del cuerpo entero, evitaremos movimientos bruscos, siempre que hagamos el cambio utilizaremos la camilla de pala o cuchara. Su fabricación está hecha de madera y muy ligera.
- Camillas de palas: para su utilización serán necesarios al menos tres celadores, su material son dos palas cóncavas de un aluminio muy ligero que eso nos hará hacer un buen manejo hacia el paciente.
- Materiales de sujeción: sirven para evitar que los pacientes se caigan de camas o sillas de transporte.
- Chaleco de sujeción: son los chalecos que consiguen que el paciente quede sujeto en la silla de ruedas, están hechos del mismo material que los chalecos salvavidas.
- Muñequeras y tobilleras: están fabricadas con esponjas de espuma para evitar que a los pacientes les salgan llagas.

Los celadores también deberán saber los cambios posturales, que tendrán que

utilizar en diferentes casos, así las posiciones se irán alternando. Algunas de ellas son: sentadas, decúbito supino, decúbito lateral y decúbito lateral.

Las nombradas son las principales que deberán usarse para el descanso o sedestación y tendrán que alternarse cada das horas, por consiguiente, se deberán seguir diferentes pasos para cada tipo de posición.

En la mecánica corporal hay que tener en cuenta tres elementos fundamentales que el celador a de seguir:

- Alineación corporal: esto es sinónimo de una postura adecuada, lo que es importante para conseguir un buen equilibrio sin tener que forzar articulaciones, músculos, etc.

- Equilibrio: es el resultado de la estabilidad de fuerzas apuestas que se contraponen entre sí, este depende de la relación entre la línea de gravedad, centro de gravedad y base de apoyo.

- Movimiento corporal coordinado: para conseguirlo es necesario que el sistema musculoesquelético y nervioso hagan un funcionamiento compenetrado.

Del mismo modo, el celador debe evitar dos movimientos: rotación de la columna y flexión brusca de la espalda.

5 Discusión-Conclusión

Es la importancia de conocer como movilizar al paciente en función de su patología y la técnica más adecuada según las necesidades del paciente. Una buena formación y dirección por parte del personal no sanitario es la realización de las técnicas adaptadas a la necesidad del paciente en su movilidad reducida. La movilización es el conjunto de técnicas que deberán seguir los celadores para desplazar al paciente desde el lugar donde se encuentran hasta su ubicación, por el contrario, la inmovilización significa conseguir, de modo temporal o permanente, la paralización parcial o total de todos los movimientos de una zona corporal.

6 Bibliografía

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

Capítulo 491

EL CELADOR EN EL QUIRÓFANO

YOLANDA HUECAS HERAS

ISMAEL GARCIA OCAÑA

AURORA ALMENDROS GARCÍA

CRISTINA LUCÍA BRULL RODRÍGUEZ

JOSÉ JUAN TAPETADO VILLANUEVA

1 Introducción

En primer lugar, el quirófano: es la zona principal de la unidad quirúrgica, este es el área del hospital donde se realiza las intervenciones quirúrgicas tanto programadas como urgentes.

La unidad quirúrgica está limitada en zonas, las zonas quirúrgicas pueden ser variables dependiendo de la capacidad del hospital. Los quirófanos estarán lo más próximo a las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y Urgencias, así se obtiene un acceso más rápido dependiendo de la patología del paciente.

Podemos encontrar varias áreas: zona sucia, almacén de limpieza, vertedero, sala de recuperación, sala de preanestesia o sala de pre quirúrgica, zona estéril, quirófanos, ante quirófano, salas de lavado, quirófano etc.

Las personas no sanitarias como los celadores realizarán la siguiente función en la unidad quirúrgica, donde el celador será el encargado de transportar al paciente con su historial clínico y su documentación en el que así sabremos que es la misma persona. En el quirófano podemos encontrar varios tipos de mesas quirúrgicas en la cual debemos saber que posición debemos colocar al paciente,

y, por tanto, tendremos la mayor precaución en su movilización para así evitar de cualquier lesión al paciente. Estas mesas quirúrgicas, mencionadas anteriormente, se activan electrónicamente por controles remotos, manuales, con el pie o por palancas hidráulicas.

2 Objetivos

- Informar sobre las funciones del celador en el área de quirófano.
- Describir los miembros del equipo en quirófano.
- Enumerar tipos de camas y posiciones de los pacientes 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 han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

En un quirófano podemos encontrar varios tipos de áreas, están separadas, tenemos el área de sucio que es de residuos orgánicos y limpio, el área del personal de quirófano. También podemos encontrar la sala de estar, despachos, almacén de materiales, almacén de recuperación, etc.

Los equipos de quirófano son:

- Anestesiista: se encarga de anestesiarse al paciente y supervisa en todo momento el estado del paciente y su recuperación. Deberá de informar del proceso de la anestesia, tendrá información del paciente por si tuviera alguna patología, alergias, etc...
- Cirujano: el médico que hace la intervención quirúrgica es el responsable de la operación.
- Ayudante del cirujano: Es el médico que está a las órdenes del cirujano, se encargará de las hemorragias y suturas.
- Enfermera instrumentista: es la enfermera ayudante durante la operación, ayuda al cirujano y está encargada de proporcionar los instrumentos y suministros estériles, que tendrá que tener revisados antes de la operación.

- Enfermera circulante: preparará la mesa de operaciones, comprobará el informe del paciente y cuidará de él en todo el proceso.
 - Auxiliar de enfermería: Revisará y preparará los materiales esterilizados antes de la operación y atenderá las necesidades de la persona.
 - Celador: Son los encargados de transportar a los pacientes al quirófano, le colocarán en la mesa de operaciones en su postura correspondiente dependiendo de la intervención, ayudara a las auxiliares a asear al paciente si fuera necesario en su alimentación y necesidades.
 - Ayudará en la movilización del paciente en la camilla y su rasuración. Conocerá la colocación correcta del paciente en la mesa quirúrgica.
- El servicio del celador quirúrgico es fundamental, ya que es el que estará más tiempo con el paciente en todo su proceso.
- Personal de limpieza: Es el encargado de limpiar la sala de operaciones cuando haya terminado dicha operación.

Todos los equipos de quirófano deberán vestir con el atuendo establecido por la unidad quirúrgica, este tendrá que estar siempre limpio y no se podrá usar en la calle. En cada quirófano habrá toda clase instrumental de aparatos, el que cada uno tiene funciones diferentes, como el aparato de anestesia, vaporadoras, respiradores, laparoscopia, monitores, etc.

En cuanto a las camas quirúrgicas, podemos decir que haya varios tipos, están diseñadas para la colocación del paciente en la posición deseada para la intervención. Cada una tiene funciones diferentes, unas están diseñadas para operaciones como la cirugía cerebral, otras para urología, obstetricias, torácicas, abdominales, oftalmología, etc.

En la colocación del paciente se precisa una correcta posición dependiendo de la operación que se vaya a realizar.

Podemos encontrar:

- Decúbito supino: Es la colocación del paciente tumbado hacia arriba sobre su espalda, en ella será intervenido de abdominales, urológicas, ginecología, parte del tórax y extremidades, cara y cuello.
- Posición de Trendelenburg inversa: Es la contraria a la posición Trendelenburg, su inclinación será 45° al contrario, su cabeza estaría por encima del nivel de los pies.
- Posición Trendelenburg: Le colocaremos con una inclinación con respecto al suelo de 45° y su cabeza estará más abajo que sus pies y sus piernas estarán flexionadas o colgadas, su intervención será de bocio, hernia de hiato y problemas respiratorios.
- Posición Roser: Los hombros los pondremos en el borde superior de la camilla,

dejando la cabeza colgada y manteniendo el cuello en distensión cervical. Su intervención es traqueal o bocio.

- Posición ginecología: Colocamos al paciente tumbado sobre su espalda con una postura horizontal y las piernas separadas y flexionadas las colocaremos sobre las perneras. Su intervención será parto, exploración de embarazo, explotación rectal, vesical, etc.

- Decúbito prono: Cobraremos al paciente boca abajo y la cabeza de lado.

- Decúbito lateral o en posición SIM: Decúbito lateral es cuando la persona está apoyada sobre su costado, puede ser el derecho o izquierdo, flexionamos el brazo de arriba y la cabeza queda alineada con el tronco. Su intervención será: riñón, pulmón, etc.

- Posición de fowler: Dependiendo de la intervención Y de las indicaciones del médico. Su intervención será columna cervical, cráneo, maxilofacial, etc.

5 Discusión-Conclusión

Alguna de las cualidades que tendrá el celador será por ejemplo: ser capaz de desenvolverse con rapidez si hubiera alguna complicación en la operación. Esto implica saber algunas de las técnicas principales o básicas de sanidad o tener buena capacidad de asumir órdenes que te indiquen los profesionales y llevarlas a cabo de la mejor manera posible.

Me parece en mi opinión que, aun siendo un trabajo secundario o terciario en el ámbito de cirugía, es bastante importante a la hora de ayudar tanto a los profesionales como a los pacientes. Y al igual que es importante la buena colocación del paciente en los traslados y/o inmovilización, también lo es en las posturas que se deben hacer para llevarlo a cabo, ya que esto prevendrá de lesiones posteriores.

6 Bibliografía

- 1.Anita Palacio, José Manuel. Actuación del celador en el área de quirófano, Editorial Mad. S.1. Sevilla 2011
- 2.Hilda Arias Vera. Importancia de la posición quirúrgica y sus complicaciones. Hospital clínico Regional.
- 3.Concepción. 2002. <http://www.enfermeraspaellony-esterilizacion.d/trabajos/importancia.pdf>.

Capítulo 492

EL CELADOR EN LA UNIDAD DE MATERNIDAD

JAVIER GÓMEZ LÓPEZ

ALICIA TALAYA NAVARRO

EVA MUÑOZ ESPIN

1 Introducción

El área de maternidad de un hospital ofrecen una experiencia de alumbramiento íntima y acogedora para la madre, el bebé y la familia entera. En la mayoría de los casos, se trata de edificios independientes, aunque algunos están conectados a un hospital y tienen una planta dedicada a perseverar la tranquilidad de la madre parturienta y el futuro hijo/a para contar con una estancia lo más sosegada posible.

En este capítulo de investigación analizaremos la labor y funciones básicas de un celador en dicha área, tratando de dar a conocer la labor indispensable de esta figura en dicha área. En la mayoría de las veces se tiende a menospreciar e intentar restar importancia a la labor de los celadores en las distintas secciones hospitalarias, no obstante intentaremos dar visibilidad y aclarar muchas de las dudas que pudieran surgir en cuanto a funciones a realizar.

Haremos un recorrido virtual desde la entrada por urgencias de la parturienta (normalmente), su paso por la planta hospitalaria y hasta la llegada al paritorio con sus distintas fases hasta dar el alumbramiento.

Comprobaremos la importancia de un buen trato por parte de todo el equipo de la sección, así como del celador del que forma parte, ya que es la primera cara y

la última que verá la futura mamá.

2 Objetivos

- Definir las funciones del celador en planta y paritorio.

3 Metodología

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

4 Resultados

Comenzaremos por las urgencias de maternidad:

Es el Celador el que representa la primera figura a la cual tiene contacto la mujer en estado que acude a urgencias con el centro hospitalario. Por ese motivo es de vital importancia que el celador represente la cara más amable y trato delicado, ya que la parturienta normalmente suele tener un sin fin de dolores y presentar un cuadro angustioso e irritable.

Cuando la embarazada comunica sus datos al servicio de admisión, el Celador ofrecerá la opción de una silla de ruedas si fuera necesario a la gestante y la llevará al servicio de ginecología para que la exploren. Una vez terminada la exploración se valorará por el profesional sanitario su ingreso hospitalario, en tal caso, el Celador llevará a la mujer gestante en el medio más adecuado indicado por el sanitario, de acorde al estado en que se encuentre, dependiendo de su situación. Si no fuera necesario en ingreso, pero si la realización de alguna prueba complementaria, el Celador la trasladará donde proceda.

Además de las varias funciones ya mencionadas, se encuentran otras varias como son:

- Traslado de diversos documentos
- Traslado de muestras a laboratorio.
- Traslado de mobiliario y aparatos que puedan ser necesarios en esa sección.
- Controlar el horario de las visitas y que los acompañantes cumplan las normas establecidas

-Recogida de farmacia, cajas de sueros, etc. que entregará al personal sanitario auxiliar de maternidad.

La función más relevante es la de introducir y sacar a la paciente del área de partos. Si el personal de enfermería lo cree conveniente, acompañarán al celador hasta su destino.

Una vez terminado el parto, el Celador ayudará a pasar a la madre del potro a la cama, y su posterior traslado al box (de reanimación), donde estará hasta que la recuperación sea la correcta.

Cuando ambos se hayan recuperado del todo, el celador trasladará a ambos a su correspondiente habitación para el descanso y la recuperación, acompañado de la historia clínica de la madre.

5 Discusión-Conclusión

Justo antes del parto, se genera un aluvión de sentimientos, ilusión y dolor natural de la situación, todo mezclado en un cóctel que hay que gestionar con mucho tacto y precaución por parte del centro hospitalario y sus trabajadores que van a formar parte de tan bonito momento.

Dentro de este cóctel, una de las figuras principales es el celador. Será la primera persona que vea la mamá, la acompañará durante todo su viaje por el centro hospitalario satisfaciendo sus necesidades dentro de sus posibilidades y finalmente será la última cara que vea a la salida del centro hospitalario ya con su bebé en manos y un montón de ilusiones.

6 Bibliografía

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

Capítulo 493

EL QUIRÓFANO Y LAS FUNCIONES DE LOS CELADORES.

ISABEL GALLARDO ALÍA

CRISTINA GONZÁLEZ LORENZO

M.ANGELES SOTER GOMEZ

ANGEL ANDRES SANCHEZ MARTINEZ

CECILIO MARTINEZ AMORAGA

1 Introducción

Según la organización mundial de la salud (OMS), dicen y afirman que “el quirófano cuenta con diversos sectores que albergan todo lo necesario para el desarrollo de una cirugía y para afrontar sus posibles consecuencias, incluyendo complicaciones que deriven de la intervención”.

El área de quirófano se divide en tres zonas:

- Zona negra: es la primera zona de restricción, funciona como un área de protección, que incluye admisión quirúrgica (trabajos administrativos), baños y vestidores.
- Zona gris: segunda zona de restricción. Se precisa llevar uniforme quirúrgico completo (pijama, botas, mascarilla y cubre pelo). Dentro de esta área podemos encontrar; una zona de lavado quirúrgico, una central de quipos, cuarto de anestesia, sala de recuperación y cuarto séptico.

- Zona blanca: es el área de mayor restricción, y donde se realiza la intervención quirúrgica.

El área de quirófano está formada por un equipo especialista, dividido en dos categorías básicas: miembros lavados estériles (cirujanos, ayudantes del cirujano y enfermera, instrumentista) y miembros no estériles (anestesta, enfermera, auxiliar de enfermería, celador...).

El celador presenta un papel fundamental en el área quirúrgica. Tiene acceso permitido a todas sus áreas.

El objetivo principal de esta investigación es conocer detalladamente las funciones del celador en el área de quirófano.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones del celador en quirófano.

3 Metodología

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

4 Resultados

El presente estudio muestra evidencia de la gran importancia del papel del celador en el quirófano. Las funciones a desempeñar por el celador, son las siguientes:

- Trasladar a los pacientes desde sus respectivas habitaciones o donde se sitúen hasta las zonas de quirófano, para llevar a cabo las intervenciones quirúrgicas programadas. Es importante antes de llevar al paciente a quirófano comprobar que la identidad de este corresponde con la historia clínica.
- Ayudar al personal sanitario a colocar al paciente en la mesa de operaciones según la posición anatómica que dictamine el cirujano.
- Desplazar los equipos/materiales necesarios para realizar la intervención.
- Después de la intervención, el celador trasladará al paciente a la sala de reanimación o donde corresponda (unidad de cuidados intensivos (UCI), etc.). Cabe

destacar que este traslado debe realizarse con máxima seguridad, tomando las medidas adecuadas postoperatorias, colocando la cabeza del paciente de forma lateral con el fin de evitar una broncoaspiración. Durante el traslado, el paciente irá acompañado por el celador, el anestesista y la enfermera.

- En el caso de que el paciente fallezca, el celador será el encargado de trasladarlo al mortuario. Si durante la intervención se realizan amputaciones, el celador será quien los traslade al mortuario previo orden del cirujano.
- Durante la intervención, debe permanecer atento para aquello que se le pueda requerir (transporte de muestras, transporte de hematíes, plaquetas...), y en el caso de tener que acceder al interior del quirófano, deberá cuidar al máximo la asepsia, utilizando gorro, mascarillas y calzas.
- En intervenciones urgentes y en ausencia del peluquero, en las que el paciente no se encuentre rasurado y bien aseado, ayudará al auxiliar en el aseo y rasurará a pacientes masculinos en aquellas partes que necesite.
- Velar por el cuidado y mantenimiento de las instalaciones.

Para concluir, es importante destacar que el celador en todo momento debe mantener la confidencialidad sobre las intervenciones realizadas a los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

La coordinación y el trabajo en equipo son imprescindibles en el quirófano. El papel del celador es clave dentro del equipo multidisciplinar del área de quirófano, ya que es quien moviliza a los pacientes, traslada materiales y documentos, asiste al resto de profesionales, vela por el cuidado y mantenimiento de las instalaciones. Por ello, para el celador es necesario conocer a la perfección la delimitación de las zonas del área quirúrgica para así poder desempeñar sus funciones de forma correcta.

Por último, cabe destacar, que las actuaciones del celador en el quirófano son de vital importancia, pero existen riesgos a tener en cuenta, relacionados con el uso del material eléctrico, láseres, etc. entre otras.

6 Bibliografía

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

Capítulo 494

EL CELADOR Y SUS TÉCNICAS EN LA MOVILIZACIÓN.

ISABEL GALLARDO ALÍA

CRISTINA GONZÁLEZ LORENZO

M.ANGELES SOTER GOMEZ

ANGEL ANDRES SANCHEZ MARTINEZ

CECILIO MARTINEZ AMORAGA

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

El objetivo es dar a conocer las actuaciones que desempeñan los celadores en la correcta colocación de los enfermos.

3 Metodología

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

4 Resultados

Existen 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. En el traslado de la cama al sillón o silla de ruedas existen 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, transmitir 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 495

FUNCIONES DEL CELADOR CON LOS PACIENTES EN LA UNIDAD DE POSTCIRUGÍA.

CRISTINA GONZÁLEZ LORENZO

M.ANGELES SOTER GOMEZ

ANGEL ANDRES SANCHEZ MARTINEZ

CECILIO MARTINEZ AMORAGA

ISABEL GALLARDO ALÍA

1 Introducción

La unidad de hospitalización de cirugía conforma uno más de los servicios que ofrecen los centros hospitalarios. Como su nombre indica, en esta unidad ingresan los pacientes con algún proceso o diagnóstico que tenga relación con la especialidad de cirugía, intervenciones o pruebas pendientes de realización. Los pacientes ingresados en la unidad de cirugía pueden haberlo realizado de diversos modos: ingreso desde el servicio de urgencias del mismo hospital, intervenciones programadas, traslado, posintervenciones quirúrgicas, traslados de otros centros sanitarios.

La planta de cirugía está compuesto por un número concreto de habitaciones, generalmente, acopladas con dos camas, la cama A y la cama B. Este número de habitaciones varía según sea el tipo de hospital, general, universitario, etc. A

mayor cantidad de pacientes atendidos, mayor serán las unidades hospitalarias y mayor número de habitaciones tendrá.

El número de profesionales que desarrollan su labor en la unidad es variado, se pueden contar desde personal no sanitario, como los celadores, y los sanitarios, como los enfermeros y las TCAE, así como un nutrido número de cirujanos y residentes de medicina. Además, la unidad cuenta con una sala de curas, ya que aunque acoge a otros tipos de pacientes, los que normalmente ingresan en la misma, son pacientes de la especialidad de cirugía; despacho de los médicos y la sala de estar del personal que compone la unidad.

2 Objetivos

El objetivo es dar a conocer las funciones que desempeña el celador en la planta de hospitalización de cirugía.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 dicho anteriormente, en las diversas maneras que tiene un paciente de ingresar en la planta de cirugía, desde algún proceso o diagnóstico que tenga relación con la especialidad de cirugía, desde las urgencias hospitalarias, o para las intervenciones o pruebas pendientes de realización, o después de alguna intervención quirúrgica siempre el celador acompaña y traslada al paciente.

Este acompañamiento, ya sea por sus propios medios, como puede ser andando, o en diversos medios de movilidad, como, por ejemplo, una silla de ruedas o camilla, el celador debe realizarlo llevando en todo momento la carpeta o historia clínica del mismo, dando dichos documentos al personal sanitario y avisando de su llegada.

Una vez en la planta de cirugía, el celador, ubica al paciente en su habitación correspondiente, colaborando con el resto de personal sanitario cuando se trate

de pacientes con una movilidad reducida, asimismo el celador, acompañará y trasladará a los pacientes a la realización de las diferentes pruebas, consultas o cualquier otra circunstancia que tengan los mismos, siempre bajo las indicaciones del personal sanitario.

Otra de las funciones del celador destinado en esta unidad es la de controlar la entrada y salida de acompañantes de la misma para evitar aglomeraciones que entorpezcan el buen funcionamiento cotidiano de la planta, además de ayudar y orientar a los mismos en el funcionamiento y uso de los enseres hospitalarios, como cierres de las ventanas, puertas o cualquier otra situación. Al término del turno bajará los carros de la ropa sucia a la zona de la lavandería, reponiendo dicho carro vacío para el siguiente turno de trabajo. El celador tendrá siempre en cuenta que no puede realizar ningún comentario sobre la salud de los pacientes, aunque lo pidan sus familiares y siempre debe orientar dicha información hacia el médico responsable del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante el papel del celador en la unidad de hospitalización de cirugía, donde desarrollo una gran variedad de funciones, como la movilización de pacientes que tienen una movilidad reducida, o el traslado de los pacientes a las diferentes pruebas o intervenciones. En el papel de vigía, tiene siempre los pasillos libres de acompañantes y familiares que pudieran entorpecer la labor diaria del personal sanitario de la unidad o aún peor, demorar una intervención de urgencia dentro de alguna habitación. El celador destinado en la unidad siempre estará a disposición de las actuaciones que le indique el personal sanitario, y nunca deberá abandonar la unidad, salvo que esté cumpliendo con las indicaciones dadas.

6 Bibliografía

1. Funciones del celador en la planta de hospitalización de cirugía. Disponible en <https://revistamedica.com>.
2. El celador en la planta de hospitalización. Disponible en <https://congresosicepa.com>.
3. Orden de 5 de julio de 1971, del Ministerio de Trabajo, por la que se aprueba el Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.

Capítulo 496

EL CELADOR ANTE UNA PARADA CARDIO -RESPIRATORIA

WILLIAMS CORDOVES CUEVAS

RAUL VALERO GOMEZ

AMPARO TIRADO GALLEGO

1 Introducción

Es muy importante que cualquier persona sepa prestar primeros auxilios y realizar la reanimación cardio pulmonar

La respuesta que se da ante una parada incluye:

- Reconocimiento de la situación (comprobar si la víctima respira y tiene pulso)
- Compresiones torácicas y ventilaciones
- Cuidados después de la reanimación cardio pulmonar

La Reanimación Cardio Pulmonar se presta en situación de emergencia, está en peligro la vida del paciente puesto que la víctima ha dejado de respirar y su corazón de latir y sirve para mantener la circulación sanguínea y el flujo de oxígeno, en esta situación lo primordial es actuar con rapidez y conocer las maniobras que se deben de hacer, puesto que en España hay una incidencia de más de 30000 paradas cardiacas al año y de ello depende la supervivencia de la víctima y las posibles secuelas que le puedan quedar como por ejemplo el daño cerebral. Saber aplicar las técnicas necesarias a tiempo con las mínimas interrupciones posibles, aumenta la supervivencia, disminuyendo las tasas de mortalidad por parada cardiaca y es importante que el celador esté debidamente formado por si

tuviese que actuar en caso de ser necesario, pues esto hace que se salven vidas y se reduzcan daños en el paciente.

2 Objetivos

- Describir secuencia de reanimación cardio pulmonar básica.

3 Metodología

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

4 Resultados

Lo primero que haremos ante una persona que está inconsciente será comprobar si tiene pulso y respira.

Si al comprobarlo observamos que estamos ante una parada cardiorrespiratoria, comenzaremos las técnicas de reanimación cardio pulmonar inmediatamente, sin perder tiempo, pues de ello depende su supervivencia y los posibles daños o secuelas que le puedan quedar.

Pondremos a la víctima sobre una superficie dura a ser posible sobre una tabla o si no la tenemos lo tumbaremos en el suelo en decúbito supino.

En el caso de estar en el suelo nos arrodillaremos al lado del tórax de la víctima y comenzaremos con las compresiones torácicas, debemos poner las manos entrelazadas en el centro del pecho, donde termina el esternón y se unen las costillas con una frecuencia de al menos 100 compresiones por minuto y una profundidad de al menos 5 cm. Las compresiones se hacen para mantener el flujo sanguíneo de la víctima.

La técnica se debe hacer con una frecuencia de 30 compresiones, 2 insuflaciones. Las insuflaciones se hace mediante el boca a boca aplicando la técnica frente — mentón (inclinación de la cabeza y elevación del mentón) menos si hay sospecha de traumatismo cervical que entonces se hará tracción mandibular

Si hay un solo reanimador se le darán más importancia a las compresiones torácicas.

Si hay dos o más reanimadores se tornaron cada dos minutos para evitar la fatiga, continuando con la frecuencia 30 compresiones torácicas, 2 insuflaciones, minimizando en la medida de lo posible las interrupciones

Una vez finalizada la reanimación se colocará a la víctima en posición lateral de seguridad y se le darán los cuidados necesarios haciendo que se sienta confortable. Si el paciente no ha sobrevivido se le realizarán los cuidados post mortem.

5 Discusión-Conclusión

El celador, como cualquier otro trabajador del sistema sanitario, debe poder reconocer cuando un paciente está en situación de parada para poder realizar cuanto antes la reanimación cardio pulmonar, porque cuanto antes se actúa más posibilidades de supervivencia hay para la víctima y menos lesiones le quedarán. La reanimación cardio pulmonar debe prestarse desde que se reconoce que la víctima está en parada, se debe hacer con las mínimas interrupciones posibles y reanudarla hasta que la víctima recupere pulso y respiración, se encuentre estabilizado o hasta que se produzca la muerte del paciente (que ya no se pueda hacer nada más por él)

6 Bibliografía

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

Capítulo 497

EL TELEFONISTA Y LA COMUNICACIÓN HACIA EL USUARIO

MARIA DEL CARMEN ALONSO ROMERO

MAGDALENA SALAZAR CANO

MARI CARMEN GONZALEZ RUIZ

1 Introducción

La comunicación es fundamental o vital en el desarrollo de la cultura y entre las relaciones de las personas para intentar o tener conocimientos y avanzar en el día a día así como por el mero hecho de poder relacionarse y poder vivir en sociedad compartiendo ideas y normas dentro de esta .

Esto ha facilitado que se hayan ido perfeccionando los medios de comunicación entre las personas o comunidades .

Sin lugar a dudas el gran avance en la comunicación fue la aparición de la imprenta en el siglo XV, la cual permitió que la comunicación se extendiera aún mas en el planeta, con un mayor volumen de conocimientos que harían que el ciudadano empezara a descubrir y a emprender un avance en la sociedad sobre todo en materia de cultura .

Para que la comunicación sea efectiva entre el personal telefonista y un usuario que decide llamar a este servicio para recabar información sería primordial que tanto el emisor como el receptor compartan en este caso el mismo lenguaje, para así poder mantener una comunicación fluida, poder entenderse y poder transmitir a la vez que recibir el mensaje en las condiciones adecuadas y cualquier tipo de duda o sugerencia haya podido quedar resuelta .

La comunicación será fundamental para poder resolver, auxiliar, atender, impartir órdenes, informarse de dudas entre el telefonista y el usuario por lo que también será recomendable que dicha comunicación sea afectiva entre uno y otro. En nuestro trabajo de investigación hablaremos sobre el transmisor de información, el receptor de la misma, el código usado para comunicarse así como los diferentes canales por lo que se transmite la comunicación, en nuestro caso en concreto sería el teléfono usado tanto por telefonista como por usuario o ciudadano.

2 Objetivos

-Conocer que o quienes intervienen en un proceso de comunicación

3 Metodología

Para la elaboración de dicho capítulo hemos estado investigando en libros de manuales de telefonista a la par que hemos seguido investigando en portales de oposiciones y revisados temas específicos sobre la comunicación. También hemos usado el buscador Google poniendo palabras concretas como telefonista, comunicación, sanidad.

4 Resultados

La comunicación es un proceso mediante el cual se transmite un mensaje o información a través de un emisor usando un código y un medio para que sea recibida por un receptor el cual podrá entender dicha información, es ahí donde comienza el proceso de comunicación efectiva entre las personas.

La aparición de la electricidad, la telegrafía, el teléfono, el cine o la televisión y actualmente la aparición de internet han hecho posible que la comunicación pueda ser universal sin ningún tipo de problemas y el mundo pueda estar conectado entre sí en cualquier momento y a cualquier hora, por lo que la comunicación es cada vez mas amplia y extensa y la llegada de información es mas abundante .

Para poder vivir plenamente en sociedad vemos que sería imposible si no fuera por la comunicación entre las personas, ya sea por diferentes medios como en diferentes lenguas pero la comunicación es vital y única, por lo que de ella depende toda la información que podamos dar o recibir, es decir es el primer paso para el avance de la sociedad

Veamos quienes podrían componer el proceso de comunicación, los principales factores o componentes que son necesarios para que esta sea eficaz:

Fuente: de donde nace el principio de la comunicación, es decir el mensaje que se quiere enviar

Emisor: es la persona o individuo que manda el mensaje o la información

Receptor: es el individuo a la que se le manda el mensaje o el que lo recibe

Hay 2 tipos de receptores : el receptor activo y el receptor pasivo.

El primero tan solo obtiene el mensaje sin embargo el segundo no solo lo obtiene, sino que lo almacena lo comprende e inclusive da una contestación

Código: es el grupo de normas propias de cada sistema de signos y símbolos de un lenguaje que el emisor usará para transmitir el mensaje.

Canal: es por donde se transmite la comunicación, en nuestro caso el canal utilizado sería el teléfono tanto por emisor como por receptor

Referente: es lo que sacamos en conclusión del mensaje recibido

Interferencia, barrera o ruido: es cualquier interferencia o perturbación que sufre la señal en el proceso de comunicación

Retroalimentación (mensaje de retorno): realmente esto consiste en mantener una conversación, mientras que uno manda información y el otro la recibe este mismo también puede mandar información y el otro escucharla.

El contexto :consiste en que dicha comunicación dependerá del ámbito en el cual tanto receptor como emisor se están desenvolviendo, por ejemplo en nuestro caso si el telefonista trabaja en sanidad lo normal es la comunicación sea relacionada con este servicio.

5 Discusión-Conclusión

Tras finalizar nuestro trabajo de investigación podemos concluir con la certeza de que la comunicación es realmente lo que hace avanzar a la humanidad.

La comunicación es el primer paso hacia las relaciones personales, hacia el conocimiento, hacia la cultura.

En nuestro trabajo concretamente vemos que es fundamental que el telefonista mantenga una comunicación eficaz y resolutive con el usuario, ya sea para dar información, esclarecer dudas o para atender cualquier tipo de urgencia o sugerencia.

El telefonista será un emisor o receptor con un gran conocimiento del sector en el que trabaje, en nuestro caso en el ámbito sanitario y podrá comunicarse de manera fluida con cualquier ciudadano e intentara poder resolver o ayudar en todo lo que pueda a este.

6 Bibliografía

Manual del telefonista (eduforma) www.opositoya.es

www.dialnet.unirioja.es

Google académico www.revistamedica.com

Capítulo 498

EL CELADOR: TIPOS DE RESIDUOS

CONSUELO ISABEL GONZÁLEZ SUÁREZ

1 Introducción

La gestión de residuos es un tema que cada día cobra más importancia en la Comunidad Europea dada la cantidad de residuos que se generan a diario. Por ello se hace necesario legislar sobre este tema dada la envergadura del mismo.

La legislación española se adapta a la normativa europea y desarrolla y legisla el tema de los residuos partiendo de esa normativa europea que pretende buscar la mejora del espacio medioambiental y del suelo contaminado.

En los hospitales y centros sanitarios se generan gran cantidad de residuos, unos tóxicos, otros químicos, otros de carácter contagioso. En definitiva se generan residuos que pueden ser más o menos peligrosos a la hora de su tratamiento y para lo cual se hace necesario tener conocimiento sobre la legislación vigente en esta materia y conocer la clasificación de los residuos sanitarios.

Los celadores se ocupan de la limpieza de salas y consultas de hospitales y centros de salud, en las que es habitual ver contenedores con residuos, si bien las que se localizan en centros de salud suelen ser relativas a muestras o agujas, en un quirófano por ejemplo encontraremos residuos orgánicos, muestras de mucosidades, material desechable posiblemente infeccioso, etc. De ahí la importancia de que un celador conozca la forma de actuar ante los residuos.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Presentar la clasificación de los tipos de residuos
- Establecer las medidas a adoptar en la manipulación de residuos

Objetivo secundario:

- Referencia a la legislación vigente en materia de tratamiento de residuos

3 Metodología

Para conocer a fondo este tema se ha acudido al Boletín Oficial del Estado y se ha buscado la normativa vigente en materia de tratamiento de residuos, la cual hemos analizado buscando información complementaria en la base de datos de Pubmed para poder ahondar en la materia.

4 Resultados

La Ley 7/2022, de 8 de abril, de residuos y suelos contaminados para una economía circular, fue aprobada por las cortes Generales con la intención de hacer frente a un tema en auge que afecta no sólo al territorio español, sino que tiene importancia en la comunidad europea. La necesidad de adaptarse a los nuevos tiempos hizo necesaria la elaboración de esta ley, cuyo objetivo no es otro que “regular la gestión de residuos”, y para ello se impulsan las medidas de prevención de generación de residuos para evitar los impactos adversos sobre la salud humana y el medio ambiente.

En la gestión y tratamiento de residuos la persona o entidad encargada de ellos debe estar debidamente autorizada para ello y deberá tener la diligencia debida de conformidad con la importancia de la tarea que realiza.

Podemos clasificar los residuos con los que habitualmente se trabaja en los centros sanitarios, de la siguiente manera:

- No peligrosos: o Grupo I: residuos tipo general similar a domésticos: no necesitan de tratamientos específicos, ya que no son peligrosos y se localizan fuera del ámbito sanitario. Por ejemplo cartones, tejidos o metales. o Grupo II: residuos sanitarios similares a residuos domésticos: se trata de residuos que siendo de carácter sanitario no pueden incluirse en el grupo III. Se trata de residuos derivados de curas simples, objetos punzantes (agujas), cortantes que no hayan estado en contacto con activos infecciosos, bolsas de orina, restos de vacunas, ropa desechable, medicamentos caducados o en mal estado, colirios, etc. Este tipo de residuos se introducen en contenedores semirrígidos.

- Peligrosos: o Grupo III: Residuos peligrosos Sanitarios: se trata de residuos potencialmente peligrosos para el personal o para el medio ambiente y se divide en tres subgrupos.

☒ Grupo III A: Residuos biológicos. Se trata de residuos infecciosos y material empleado para ello (agujas, pipetas, hojas de bisturí), restos de cultivos y análisis de orina, vacunas vivas, etc. Es habitual ver en la consulta contenedores rígidos amarillos de cierre hermético.

☒ Grupo III B: Residuos de medicamentos: incluimos en este apartado medicamentos de tipo anticanceroso y todo aquello que permita la manipulación de medicamentos, como ampollas o viales. También incluimos medicamentos caducados y todo aquello que haya estado en contacto con medicamentos citotóxicos y cotostáticos. Estos residuos se depositan en contenedores rojos rígidos de cierre hermético y con indicación de que contiene residuos citotóxicos.

☒ Grupo III C: Residuos químicos: se trata de residuos sólidos o líquido que provienen de productos químicos cuya composición los hace peligrosos. Por ejemplo compuestos cancerígenos, mercurio, desinfectantes peligrosos, etc. Si se trata de residuos líquidos se emplean garrafas azules y si se trata de residuos sólidos se depositan en contenedores rígidos azules.

En la manipulación de todos estos residuos los celadores deberán adoptar las medidas necesarias para evitar contagios o infecciones. Para ello deben seguir unas pautas de manipulación que pasan por cerrar las bolsas que contengan residuos, no realizar trasvases de material, levantar las bolsas del suelo para su traslado y no acercarlos al cuerpo, empleo de guantes y batas desechables para evitar la contaminación de la ropa e incluso de gorros y gafas si fuera necesario.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores deben conocer y ser informados sobre los residuos con los que tiene que trabajar y debe tener conocimiento acerca de los tipos de envases en los que se depositan los residuos para identificar lo que puede haber dentro.

La gestión de residuos está estrechamente vigilada dado el auge de residuos que se producen en las instituciones sanitarias y la legislación prevé un régimen sancionador para quienes no tengan la diligencia debida y no se ajusten a la normativa establecida en relación con el tratamiento, envasado y transporte de residuos.

Los sistemas de Prevención de riesgos laborales deberán mantener a los celadores que traten diariamente con residuos (sobre todo peligrosos) informados y contro-

lados de forma periódica para evitar contagios.

6 Bibliografía

- Ley 7/2022, de 8 de abril, de residuos y suelos contaminados para una economía circular
- Directiva 2008/98/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 19 de noviembre de 2008, sobre los residuos

Capítulo 499

CELADOR: NORMATIVA DE PROTECCIÓN DE DATOS CLÍNICOS

CONSUELO ISABEL GONZÁLEZ SUÁREZ

1 Introducción

La protección de datos es un tema que afecta a todo el personal sanitario y no sanitario que atiende pacientes. Desde el equipo sanitario, pasando por técnicos de pruebas, incluyendo al personal administrativo y a los celadores, todos se ven afectados por esta normativa que garantiza el derecho a la intimidad personal recogido como derecho fundamental en la Constitución Española.

La protección de datos es tema en auge dada la facilidad de difusión de datos personales a consecuencia del desarrollo tecnológico, el cual hace que en un minuto haya un rápido conocimiento de los datos de los pacientes.

Es un deber de los celadores no dar información al exterior sobre los pacientes con los que trabaja, ni sobre aquellos casos sobre los que tenga conocimiento ya sea directo o indirecto. La actual legislación sobre protección de datos es muy inflexible a la hora de poner sanciones para quienes no respeten la protección de datos.

A la par de lo anterior, hay que añadir también que los celadores no pueden acceder a historiales médicos ni resultados de pruebas, salvo que sea autorizado debidamente y para casos con los que trabaja. Nunca accederá a historiales para cotillear o dar información a terceros.

2 Objetivos

- Indicar cuál es la legislación actual sobre materia de protección de datos
- Dar recomendaciones para salvaguardar la protección de datos

3 Metodología

Para realizar este trabajo se consultado por medio del boletín Oficial del Estado la normativa vigente en protección de datos y se ha cotejado con las tareas que realizan los celadores en su jornada laboral y el tratamiento que hacen de la información de los pacientes.

4 Resultados

La normativa vigente en protección de datos es la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Esta norma viene a desarrollar el artículo 18, 4 de la Constitución Española, por el cual mediante “ley se limitará el uso de la informática para garantizar el honor y la intimidad personal y familiar de los ciudadanos y el pleno ejercicio de sus derechos”.

La modernización de los tiempos ha hecho que el acceso a los datos de los pacientes esté a un simple “click” en los ordenadores corporativos de los hospitales. Ello hace que la información sea accesible para prácticamente todo el personal que trabaja en un hospital, ya que todos suelen disponer de claves de acceso para realizar trámites con los pacientes.

Esta documentación clínica recogida en archivos informáticos es absolutamente confidencial y sólo debe ser consultada por el personal autorizado o con la debida autorización o de conformidad con el paciente, siempre por motivos laborales, nunca personales.

El acceso a informes en formato papel es también accesible a prácticamente todo el personal, sobre todo en centro de salud, ya que los historiales de los pacientes se guardan en ficheros en el propio centro, ordenados por números de historia y donde cada informe es añadido de forma manual por el personal. Es necesario recalcar que ningún documento debe salir del centro, ni hacer fotos, ni fotocopias, ni leer su contenido para saber.

Entre las recomendaciones que podemos señalar para garantizar una buena protección de datos están:

- No prestar nunca nuestras claves personales de acceso a otras personas, ya que no sabes lo que pueden hacer con ellas
- Señalar el motivo por el que se hace la consulta dejando la anotación si es precisa sobre el motivo de la consulta, ya que todo el acceso informatizado queda registrado
- No dar nunca información a pacientes, familiares o amigos. Muchas veces llaman familiares o pacientes para saber algún dato y se les debe negar, en todo caso necesitarán presentarse debidamente identificados si son la persona afectada y se consultará con el personal autorizado.
- Es habitual que archivos en formato papel deban ser retirados de la circulación, por ejemplo recetas electrónicas caducadas, gestiones de citas, etc., en cuyo caso serán depositadas en destructoras de papel habilitadas para ello, y evitaremos el uso de papeleras convencionales.
- Otra actividad diaria de los celadores es el traslado de documentación por el hospital o centro de salud. Historiales o documentación requerida para el caso, para ello deben contar con la autorización correspondiente, solicitarla al personal debido y trasladarla con la máxima diligencia y evitando no perder ni mezclar documentos.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores, al igual que el resto de personal sanitario y no sanitario de los hospitales, saben que deber guardar el secreto de la actividad que realizan, debiendo solamente comunicar la información de los pacientes con el personal autorizado y para el caso que se trate.

Existen sentencias sancionadoras a personal sanitario y no sanitario por el acceso a información clínica por el mero hecho de cotillear, para lo cual se imponen penas sancionadoras conforme al delito cometido y en base a las sanciones establecidas en la legislación.

Por lo tanto concluimos recalcando que la revelación de datos personales, sin autorización está prohibida por ley, y que somos responsables de la información de la que disponemos incluso en pacientes que ya no estén en el hospital (hayan sido dados de alto o fallecido).

6 Bibliografía

-Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales

Capítulo 500

LA ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UNA INSTITUCIÓN SANITARIA

RAUL VALERO GOMEZ

WILLIAMS CORDOVES CUEVAS

AMPARO TIRADO GALLEGO

1 Introducción

El servicio de urgencias en un hospital debe de estar bien localizado y accesible, puesto que aquí van a llegar personas solicitando servicios de urgencia (situación en el paciente que requiere intervención sanitaria en un plazo corto de tiempo, entre 24 y 48 horas) y emergencia (situación en la que corre peligro la vida del paciente si no se interviene en el momento o de forma inmediata), en este sentido hay que distinguir estos dos conceptos, ya que entraran dentro del servicio prestado en esta parte de la institución sanitaria.

El papel del celador en esta parte del hospital va a ser rotativo, desempeñará actuaciones de recepción en la entrada, conducción de pacientes desde triaje hasta los distintos departamentos internos como consultas de medicina interna, trauma, cirugía, tratamientos, boxes, observación, pediatría o incluso ginecología, ya que son las grandes áreas de urgencias. En boxes, observación, tratamiento, cirugía y trauma desempeñara unas funciones determinadas que se desarrollaran a continuación.

Todo este ámbito de actuación del celador en urgencias deberá estar coordinado y supervisado por un superior jerárquico, el cual tendrá un cuadrante o planilla donde se muestre en todo momento las unidades operativas y su ubicación concreta, de manera que si hay cambios, queden registrados en dicho cuadrante. A continuación detallaremos las funciones de un celador dentro de cada unidad o especialidad que existe dentro del servicio de urgencias.

2 Objetivos

1. Determinar las distintas actuaciones de urgencia que precisa el trabajo de un celador en las distintas unidades que forman urgencias como pueden ser admisión, boxes, tratamiento, observación, cirugía, traumatología, etc.
2. Actuación del celador en caso de emergencia de un paciente en la sección de urgencias de una institución sanitaria.

3 Metodología

El siguiente trabajo se ha elaborado, por medio de una investigación en la cual se revisa bibliografía y se ha recopilado información sobre literatura científica existente, realizándose una búsqueda de libros, artículos en revistas y en bases de datos como: Pubmed, Medline, Scielo.

Se han seleccionado los artículos con contenido relacionado con el tema de estudio.

4 Resultados

El celador en una emergencia sanitaria:

Como se indicó ante una emergencia sanitaria se requiere de una actuación inmediata, puesto que corre peligro la vida del paciente, en urgencias las emergencias pueden venir del exterior o desde cualquier departamento interno como pueden ser los boxes, tratamientos, observación, etc. en estos casos debido principalmente a un empeoramiento de las condiciones vitales del paciente en poco tiempo lo cual lo que en principio era una situación de urgencia se convierte en otra de emergencia.

El celador actuará sin demora y trasladará al paciente en camilla hasta la unidad de reanimación y cuidados críticos (REA), allí trasladará, moverá o sujetará al paciente según indicaciones del personal facultativo sanitario (médicos, enfermeros,

auxiliares), permanecerá en la sala REA, guardará silencio y estará en todo momento a disposición de cualquier personal facultativo sanitario permaneciendo en esta sala hasta la estabilización del paciente.

Una vez estabilizado, el celador es el encargado de trasladar al paciente a la unidad que corresponda según indicaciones de personal sanitario con su expediente correspondiente.

Si tuvieran que realizar más pruebas al paciente fuera de la sala REA, el celador será el encargado de trasladar al paciente hasta dicha área. Por último, si el paciente falleciera en esa sala, el celador trasladará al sujeto a otra sala donde ayudará para amortajar al fallecido.

Actuación del celador en las distintas unidades de urgencia:

- Admisión:

En esta parte de urgencias el celador es la primera persona que toma contacto con el paciente, aquí lo principal (además de ser amable y mostrar empatía) es indicar donde deben entregar la documentación, tarjeta sanitaria para que entren en el sistema, después les colocaremos sus datos personales con una pulsera o sistema similar y les indicaremos donde tienen que esperar para que les hagan el triaje, es decir, para que personal facultativo sanitario pueda dilucidar que padece el enfermo, si es traumático, de cirugía, psicológico, ginecológico o de medicina interna. Una vez triados el celador es el encargado de localizar al paciente y con la documentación que le entregan los compañeros sanitarios cualificados, conducirlos a las dependencias que necesiten.

También el celador en esta parte de urgencias se encargará de controlar la entrada a la misma de personal no autorizado, aquí los familiares son un foco de situaciones comprometidas, ya que deben respetar la normativa del centro, es fundamental ser educado, y saber decir no en determinados aspectos sin herir los sentimientos ni faltar el respeto a ningún paciente o familiar mostrándonos en la medida de nuestras posibilidades lo más cercano a ellos que se pueda. Si la situación se escapa a nuestro control, en labor nuestra informar de lo sucedido y pedir ayuda a otros servicios como puede ser el de seguridad o policía.

- Boxes, observación, tratamiento, cirugía y traumatología:

En estas unidades dentro de urgencias, básicamente la tarea del celador es el traslado de los enfermos de una camilla a una cama, o de una cama a una silla de ruedas o viceversa. También acompañará a los pacientes aunque puedan valerse por sí mismos si estos solicitan nuestra presencia.

Aquí se ayudará al personal sanitario cualificado a movilizar a los pacientes según sus indicaciones, también ayudarán a las auxiliares de enfermería en el aseo de los pacientes, sobre todo los que presenten dificultades por su tamaño o estado de salud.

Se irá a otras unidades del hospital como puede ser farmacia, bioquímica, esterilización, etc. bien para enviar o recoger paquetes o muestras relacionado con los pacientes. También colaboraremos con nuestros compañeros sanitarios, trasladándonos con información importante desde un punto a otro, amoldándonos con lo que la situación requiera en cada momento.

En las consultas de trauma y cirugía se llamará a los pacientes y se los acomodará, ayudaremos al personal sanitario en la movilización y sujeción del enfermo, una vez terminada la consulta se los acompañará hasta la salida.

- Ingresos:

Dentro de cada área mencionada anteriormente, como son los boxes, tratamiento, observación o recepción, hay celadores que disponen de un busca o algún instrumento que les permita estar localizados, de esta manera la encargada/do de gestionar las camas cuando los llame estarán disponibles para trasladar a un paciente de una unidad a otra de urgencia o ingresarlo en planta al hospital. Estos celadores aunque están en

áreas de urgencias como boxes o tratamiento en las cuales desempeñan las tareas antes mencionadas, no las realizan de forma continua, puesto que en cualquier momento deben estar disponibles para realizar un traslado o ingreso de pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Las tareas de un celador en urgencias dependen en primer lugar de la gravedad del paciente, no actuaremos igual ante un enfermo de carácter urgente de otro que venga con una emergencia en la que está en riesgo vital, en segundo lugar hay que resaltar el carácter dinámico que tiene nuestro servicio, puesto que nuestra labor como celadores va rotando en las distintas dependencias de urgencias como son boxes, tratamiento, observación, cirugía o traumatología entre otros. Para concluir diremos que todo este entramado está controlado por un superior jerárquico, el cual plasma y dirige todo el personal con sus respectivos puestos en una planilla.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. <https://revistamedica.com/funciones-celador-servicio-de-urgencias/>.
5. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/actuacion-del-celador-en-el-servicio-de-urgencias/>.

Capítulo 501

EL CELADOR EN QUIRÓFANO

MARIA SATUE GABALDON

ROSA MONTERO NÚÑEZ

ALEJANDRA RESTA SÁNCHEZ

MARIA JOSEFA HERREROS CALERO

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ VALERA

1 Introducción

El quirófano es una sala del hospital especialmente acondicionada para llevar a cabo operaciones.

El quirófano es un servicio totalmente cerrado donde solo pueden pasar los trabajadores del servicio. Dentro del quirófano vamos a encontrar vestuarios habilitados para el cambio de ropa del personal sanitario, baños, el office para que los trabajadores puedan tomar algo y puedan descansar y distintas salas de operación.

Los trabajadores que encontraremos dentro de este servicio son: médico especialista en cirugía y médico anestesista, enfermeros, técnicos auxiliares en cuidados de enfermería, técnicos superiores en imagen para el diagnóstico y medicina nuclear, celadores y limpieza.

La figura del celador en este servicio es muy importante, puesto que este debe saber qué instrumental se utiliza en la sala, así como la colocación de cada uno,

y además es la persona encargada de acompañar al paciente desde la habitación de ingreso hasta el quirófano, una vez se termine la operación, el celador acompañará al despertar al paciente y una vez que el paciente haya despertado de la operación si todas las constantes están bien y no hay ninguna complicación lo volverá a llevar a su habitación. Si la operación es ambulatoria, acompañará al enfermo a la puerta de salida del hospital para que este regrese a casa.

2 Objetivos

- Describir las funciones del celador en el área de quirófano.

3 Metodología

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

4 Resultados

El celador será el principal responsable de acompañar al paciente desde su habitación al quirófano.

Para hacer el traslado será muy importante que antes de salir de la habitación de ingreso, el celador compruebe los datos personales del paciente con el informe de identificación pedido por el médico facultativo.

El celador deberá saber donde están colocados los materiales y aparatos que se van a utilizar durante la intervención, al igual que deberá saber como montar y desmontar la mesa de quirófano, ya que será él, el encargado de colocar y quitar cualquier tipo de aparataje que se necesite durante el procedimiento. Deberá hacer uso de los equipos de protección individual al igual que el resto de los trabajadores, antes de empezar la operación haremos un lavado de manos y procederemos a vestirnos con bata, gorro, calzas, guantes y mascarilla. Todos los equipos de protección serán de un único uso y en el momento en el que la operación termine se tiran a la basura.

El celador deberá hacer control de todas las balas de oxígeno antes de salir del

quirófano, comprobando que funcionan y van suficientemente cargadas para realizar el traslado.

Será el encargado de asistir al personal sanitario en la correcta colocación del paciente, ya sea haciendo cualquier movilización que se precise durante la intervención o haciendo el cambio de cama de ingreso a mesa de quirófano o, por el contrario, de mesa de quirófano a cama de ingreso.

Una vez terminada la operación, será el celador quien lleve al paciente a la sala de reanimación.

En el caso de fallecimiento, el celador será el encargado de trasladar el cadáver a la sala de autopsias o al mortuario. (Será determinado por el médico especialista).

En este capítulo queremos dar a conocer las funciones del celador en quirófano:

1. Comprobar que la historia clínica del paciente coincide con la pulsera de identificación.
2. Llevar la documentación solicitada por el facultativo
3. Trasladar al paciente desde su habitación hasta el quirófano.
4. Hacer los traslados necesarios dentro del área de cirugía y pasar al enfermo junto al resto de compañeros, haciendo las movilizaciones que hagan falta para dejar al paciente bien colocado en la mesa de operaciones.
5. Al terminar la operación, el celador será el encargado de llevar al paciente a la sala de despertar y si no hay ninguna complicación lo acompañará a la habitación.
6. Deberá vigilar que las balas de oxígeno están siempre llenas y que funcionan correctamente.
7. Traslado de muestras y analíticas de los pacientes.
8. En caso de fallecimiento, el celador será el encargado de hacer el traslado al mortuario.

5 Discusión-Conclusión

El celador es una figura fundamental y sumamente importante en el sistema sanitario.

Sin la figura del celador, sería imposible llevar la operación a cabo, ya que forma parte del equipo multidisciplinar que asiste en la operación del paciente y ayuda a colocar los aparatos que se van a utilizar durante todo el procedimiento. Sin embargo, el celador, en la gran mayoría de servicios, tiene una figura minúscula donde no se llega a valorar su trabajo. Por ello con estos capítulos queremos dar visibilidad a todo el trabajo que lleva a cabo un celador en el servicio de quirófano en este caso.

6 Bibliografía

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

Capítulo 502

LA ERGONOMÍA Y LA FATIGA POSTURAL EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

ROSARIO LUJÁN CRESPO

MARIA LUISA LARA MUÑOZ

MARIA DOLORES HURTADO MOYA

ISABEL ARNEDO ALCAUT

ROSARIO MORENO GALLETERO

1 Introducción

El trabajo del auxiliar administrativo en el sector sanitario es una actividad laboral bastante sedentaria, que se realiza en un lugar tranquilo y cerrado y sin peligro aparente, además de estar la mayor parte de la jornada de trabajo sentada. Pero en los trabajos de oficina se dan una serie de factores diversos que pueden entrañar riesgos ergonómicos que afectan a la salud y el bienestar del auxiliar administrativo. Algunos de estos factores son el diseño del mobiliario de oficina (mesa, sillas o pantallas de visualización de datos) o los factores ambientales como la iluminación, el ruido o la temperatura.

La ergonomía laboral es la disciplina que se encarga de que el espacio laboral, las herramientas y las tareas de trabajo coincidan con las características fisiológicas,

anatómicas y psicológicas del empleado para salvaguardar su bienestar y su salud mental y física.

La fatiga postural se da por varios motivos o por la suma de todos, bien a una tensión muscular estática, dinámica o repetitiva, bien a una tensión excesiva del conjunto del organismo, o bien a un esfuerzo excesivo del sistema psicomotor. Estos esfuerzos excesivos pueden estar causados por:

- Factores dependientes de una incorrecta organización del trabajo.
- Factores dependientes del mismo individuo: defectos visuales, lesiones esqueléticas preexistentes.
- Condiciones ergonómicas y ambiente de trabajo no satisfactorios.

2 Objetivos

Conocer que es la fatiga postural laboral y de qué se encarga la ergonomía en el ámbito de trabajo. Identificando los síntomas posibles.

Conocer recomendaciones para evitar posibles trastornos a causa de una mala ergonomía en el trabajo.

3 Metodología

Para la redacción del presente trabajo se ha llevado a cabo una labor de búsqueda online de información sobre las características propias del trabajo administrativo y los principales factores de riesgo presentes en el mismo, consultando distintos artículos publicados en congresos, revistas y otras publicaciones. También se han revisado normas técnicas y manuales sobre prevención de riesgos laborales y educación para la salud. Palabras claves: ergonomía, higiene postural, fatiga postural, factores de riesgo, prevención, lesiones músculo-esqueléticas.

4 Resultados

Cuando se trabaja en una oficina, como es el caso del auxiliar administrativo en un centro sanitario, debemos prestar mucha atención a la forma de colocar el mobiliario, las máquinas que vayamos a utilizar, tener una adecuada mesa de trabajo, la orientación de la luz, una silla idónea, esto es, intentar mantener una buena ergonomía en nuestro puesto de trabajo. Para que esto suceda se deben tener en cuenta ciertas medidas:

- Un adecuado diseño de las instalaciones (locales, emergencias, climatización, iluminación y acondicionamiento acústico). Este aspecto asegura disponer de condiciones ambientales correctas, cumpliendo con los requisitos mínimos en materia de Higiene y Seguridad.
- Una correcta selección del equipamiento del que se dispone (sillas y mesas de trabajo, equipos informáticos, programas, etc.). En el caso del mobiliario, el cumplimiento de unos requisitos mínimos de calidad ergonómica permitirá prevenir una buena parte de las molestias de tipo postural tan frecuentes en las oficinas. La selección de equipos informáticos adecuados, así como de los complementos necesarios es también un factor a tener en cuenta para prevenir alteraciones visuales o molestias.
- Una correcta organización de las tareas, evitando sistemas de trabajo que conducen a situaciones de estrés, desmotivación en el trabajo y otros problemas de naturaleza psicosocial.
- Formación e información de los trabajadores. Este aspecto es especialmente importante en tareas que presentan un alto grado de autonomía en la organización del propio puesto de trabajo, como es el caso de las tareas de oficina. De poco sirve disponer de buenos equipos si el usuario no conoce la forma de distribuir los elementos que tiene a su disposición, no ha recibido información sobre cómo debe ajustar el mobiliario que utiliza o carece de información acerca de la importancia de determinados hábitos de trabajo.

Los trastornos musculoesqueléticos causantes de la fatiga postural en el entorno de trabajo son un grupo de alteraciones que afectan a algunas partes del aparato locomotor, sobre todo a las partes blandas como tendones, músculos y nervios.

Los síntomas de sufrir fatiga postural puede ir desde cervicalgias, dorsalgias, hernias de disco intervertebral, tendinitis, tenosinovitis, epicondilitis o síndrome del túnel carpiano, entre otras.

Los factores causantes de la fatiga postural son las posturas incorrectas, el mantenimiento prolongado de posturas estáticas ante la pantalla del ordenador y los movimientos repetitivos.

Algunos consejos para mantener una buena ergonomía en la oficina son:

- La mesa de trabajo debe ser suficientemente amplia, como para poder tener todos los elementos necesarios (teléfono, ordenador, papelería, etc.), así como los brazos y manos del trabajador. En caso de no poder tener los brazos encima de la mesa, lo recomendable es poner solo las manos.
- La silla debe ser regulable en altura, suficientemente ancha, con reposabrazos y

respaldo recto.

- Los pies deben llegar al suelo, de no ser así, hay que colocar un reposapiés.
- La pantalla del ordenador se tiene que poder regular en altura, se debe mantener a la altura de sus ojos, y a una distancia de unos 45 cm de la cara.
- El teclado ha de ser independiente de la pantalla para poder moverlo según las necesidades del trabajador.

Si nos fijamos en los aspectos posturales, el trabajador debe seguir las siguientes recomendaciones:

- La espalda ha de estar pegada al respaldo de la silla, especialmente la zona lumbar.
- Las piernas deben formar un ángulo de 90 grados con el torso.
- Lo se debe mantener el sedentarismo durante un tiempo excesivo, es recomendable hacer descansos cortos cada hora y media de trabajo.
- Se evitará mantener las piernas cruzadas, ya que perjudica a la circulación sanguínea.

5 Discusión-Conclusión

La fatiga postural es muy frecuente en los trabajos de oficina, como es el caso del auxiliar administrativo en los centros sanitarios, en gran parte es debido al sedentarismo que conlleva este trabajo. Pero no hay que dejar pasar de largo las recomendaciones para poder evitarlo o minimizar sus síntomas en caso de que ya haya aparecido.

Seguir los consejos que nos dan desde prevención de riesgos laborales es fundamental, conseguir una buena ergonomía en nuestra oficina, cambiar ciertos hábitos de trabajo que no se estén desarrollando de la manera adecuada y hacer pequeños descansos de cinco o diez minutos cada hora y media o dos horas nos va a ayudar en gran medida.

6 Bibliografía

1. Recomendaciones ergonómicas y psicosociales. Trabajo en oficinas y despachos. Universidad Complutense de Madrid.
2. Prevención de Riesgos Avanzado. Manual formativo FYSA (Formación y Sanidad), 2020.
3. <https://riesgoslaborales.saludlaboral.org/>

4. <https://scielo.isciii.es>.

Capítulo 503

ESTRATEGÍAS PARA UNA BUENA COMUNICACIÓN TELEFÓNICA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL CENTRO SANITARIO

ROSARIO LUJÁN CRESPO

MARIA LUISA LARA MUÑOZ

MARIA DOLORES HURTADO MOYA

ROSARIO MORENO GALLETERO

ISABEL ARNEDO ALCAUT

1 Introducción

En la atención telefónica por parte del auxiliar administrativo en el entorno sanitario es muy importante una buena comunicación y de calidad. Ya que una buena comunicación entre el auxiliar administrativo y el paciente nos ayuda a solucionar de una manera eficaz sus necesidades y, a la vez, sentirnos realizados como profesionales en nuestro ámbito.

La comunicación no es más que el intercambio de información, pero hay mucha diferencia entre hacerlo de la forma correcta y adecuada a cada momento o no. Los seres humanos tenemos la necesidad de la interrelación, relacionarnos con

otras personas, por lo que debemos aprender a comunicarnos de la mejor manera posible, ayudándonos de las habilidades sociales.

Para entender bien la información que nos está transmitiendo el paciente se deben evitar las barreras comunicativas que nos podrían dificultar el correcto entendimiento del mensaje, así como utilizar un lenguaje correcto y adecuado.

Además, en la atención telefónica tienen mucha importancia los siguientes aspectos, que son: la velocidad con la que hablamos, el tono de voz utilizado y las habilidades comunicativas del auxiliar administrativo, las cuales no son congénitas (en algunos casos sí), se pueden aprender trabajando en ello y con la práctica, por lo que se debe tener en cuenta y aprender a gestionarlas.

2 Objetivos

Conocer las distintas estrategias para el buen desarrollo de la atención telefónica por parte del auxiliar administrativo en el centro sanitario.

Conocer las posibles barreras que se pueden dar en la conversación telefónica para poder tomar partida y solucionarlas.

3 Metodología

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

4 Resultados

La atención al paciente se rige por una serie de principios básicos que todo profesional de la sanidad debe conocer e interiorizar, ya que prácticamente todos los trabajadores de la sanidad, sean o no sanitarios, en algún momento se relacionan o pueden relacionarse con los pacientes:

- Objetividad, eficacia y eficiencia.
- Igualdad y no discriminación en el acceso a los servicios sanitarios.
- Esmero y máximo respeto en la prestación de los servicios.

- Transparencia, integridad, autenticidad, actualización y máxima accesibilidad de la información, garantizando que todas las personas ejerzan sus derechos en igualdad de condiciones.
- Neutralidad y adaptación progresiva a los cambios tecnológicos para garantizar la mayor calidad y eficacia de los servicios.
- Confidencialidad, de acuerdo a la normativa reguladora de protección de datos de carácter personal.
- Coordinación y cooperación.
- Simplificación, celeridad.
- Responsabilidad en la gestión.

A la hora de atender al paciente de forma telefónica, se deben tener en cuenta una serie de factores que ayudarán a que se realice de la forma más eficaz posible, para ello es necesario una formación en habilidades sociales y comunicativas:

- Al descolgar el teléfono, preséntate con tu nombre y el del centro de trabajo.
- Siempre debes preguntar al paciente si te oye bien y si es buen momento para hablar, de esta manera le estamos dando a entender que es la parte importante, respetamos su tiempo.
- Deja hablar al paciente, necesitamos que explique su necesidad o cometido con la llamada telefónica, prestaremos atención utilizando una escucha activa, centrándonos en el mensaje.
- Usa un tono de voz calmado, tranquilizador, que de confianza y seguridad al paciente.
- Habla un poco más lento que si el paciente estuviera de forma presencial, se harán pausas para permitir que el paciente pregunte si necesita algo o si no ha entendido alguna cosa.
- Cuando el paciente acabe de explicar su consulta, se debe parafrasear parte de su necesidad o petición, haz un resumen para asegurarte de que lo hayas comprendido todo.
- Siempre debes despedirte cordialmente con el paciente.

Debido a que el paciente no se encuentra en el centro, de forma presencial, existen ciertas barreras que pueden impedir una buena comunicación:

- La falta del lenguaje no verbal.
- Para muchos usuarios, es más complicado la comunicación a través de la vía telefónica, por ello es muy importante no interrumpir al paciente, al finalizar la conversación se debe hacer un breve resumen para comprobar que todo se ha entendido.

- En muchas ocasiones, el paciente no sabe expresar muy bien los síntomas, se deben hacer preguntas para llegar a obtener el mensaje completo.
- Posibles malos entendidos al no estar cara a cara.

5 Discusión-Conclusión

En la atención telefónica por parte del auxiliar administrativo en el centro sanitario se deben tener en cuenta varios factores para que la comunicación sea correcta y adecuada, para que el mensaje llegue con total fiabilidad y no quede información perdida.

En las conversaciones telefónicas lo que más importancia cobra es el tono de voz que mantengamos durante la conversación, es importante transmitir serenidad y seguridad al paciente, con ello ganamos su confianza y lo predisponemos a dar el mensaje con claridad y explicar sus necesidades.

Es importante conocer las barreras comunicativas que pueden surgir en la conversación telefónica, de esta manera podemos ayudar, con nuestra profesionalidad, al paciente para que sienta esa seguridad que le hará exponer y explicar sus requerimientos.

6 Bibliografía

1. Temario parte específica auxiliar administrativo del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).2018/2019. MAD.
2. Apuntes de la asignatura de Atención al paciente.
3. La comunicación. 2016. Scielo. <http://ve.scielo.org/>.
4. Decreto 89/2017, de 20 de diciembre, por el que se regula la atención ciudadana y las oficinas de asistencia en materia de registros en la administración del Principado de Asturias, sus organismos y entes públicos.
5. <https://congresosicepa.com/atencion-telefonica-centros-sanitarios>
6. <https://redaccionmedica.com>
7. <https://aurorainnovation.com/es/noticias/una-buena-accesibilidad-telefonica-clave-para-la-aencion-sanitaria/>

Capítulo 504

EL ESTRÉS LABORAL Y EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO

ROSARIO LUJÁN CRESPO

MARIA DOLORES HURTADO MOYA

MARIA LUISA LARA MUÑOZ

ROSARIO MORENO GALLETERO

ISABEL ARNEDO ALCAUT

1 Introducción

Según el INSST (Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el trabajo) el estrés laboral es: "una de las consecuencias de la exposición a riesgos psicosociales. Concretamente se genera debido a una situación laboral en la que se dan unas condiciones psicosociales adversas o desfavorables. El estrés laboral es la respuesta, física y emocional, a un desequilibrio entre las exigencias percibidas y las capacidades de un individuo para hacer frente a esas exigencias".

En los últimos años, el estrés laboral se está dando con mayor frecuencia debido las nuevas formas de organización en el trabajo y del cambio en las relaciones psicosociales.

El estrés laboral es uno de los mayores riesgos laborales de carácter psicosocial. Además, es el segundo problema de salud sólo por debajo de los problemas músculo-esqueléticos. Por ello se está generando una mayor sensibilización, dando mayor visibilidad y aumentando las formas de disminuirlo.

Se considera la sobrecarga en el trabajo y la falta de control, que incluye el ritmo de trabajo impuesto, como causas principales en la generación de estrés. Para poder disminuir esto, es necesaria una buena gestión y organización en el desempeño de nuestras funciones como auxiliar administrativo en el centro de salud. Además de una buena educación y cultura de la salud e higiene laboral.

2 Objetivos

Conocer las causas que pueden favorecer el estrés laboral en el auxiliar administrativo del centro sanitario.

Dar recomendaciones para mitigar los efectos del estrés laboral.

3 Metodología

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

4 Resultados

El estrés laboral es el tipo de estrés generado a partir del desempeño de las funciones en el ámbito del trabajo, no afecta a todas las personas de la misma manera, tampoco en todos los ámbitos laborales, depende de muchos factores, tanto internos de la persona como propio de la organización laboral.

El estrés laboral se ha convertido en un problema que preocupa mucho en la sociedad actual, debido a que lo sufre un gran número de trabajadores actualmente. Es un problema muy extendido, según estudio del Instituto Nacional de Estadística, la mitad de los trabajadores afirma que padece estrés laboral o lo ha padecido

en algún momento de su vida laboral.

El estrés laboral disminuye la motivación del trabajador, esto afecta a su rendimiento y eficacia, y esto no sólo afecta a la persona que lo sufre, también se ve afectada la empresa, ya que se ve reducida su rentabilidad.

En el trabajo, el estrés puede ser causado por distintos factores que se deben conocer:

- Las expectativas económicas, bajo salario.
- La presión por parte del empresario, mobbing o acoso laboral, por parte del jefe o cualquier compañero de trabajo.
- Las actividades de gran responsabilidad o, por el contrario, de baja responsabilidad, no adecuada a la preparación del trabajador.
- Falta de motivación.
- Ausencia de incentivos u objetivos que puedan motivar al trabajador.
- Conflictos entre compañeros o el jefe, mal ambiente laboral.
- Cargas excesivas de trabajo o falta de tareas.
- Jornadas de trabajo excesivas.
- Ritmo de trabajo acelerado, sin tiempo para descansos oportunos.
- Preocupación por el despido.
- Falta de posibilidades para conciliar la vida laboral con familiar o personal.
- Tiempo para la realización de las tareas y objetivos, en muchos casos se da un tiempo muy reducido para su entrega.
- Autoexigencia: Esto es algo interno de los trabajadores, en muchas ocasiones nuestras propias exigencias superan la realidad. No nos damos cuenta que nuestro nivel de auto exigencia, si es elevado, puede suponer una carga mayor a las que ya exigen las tareas del día a día.
- Relaciones laborales con el equipo de trabajo: Cuando se producen tensiones o fricciones y trabajamos junto a personas que consideramos no están siendo éticas en su manera de actuar, se produce una sensación de desamparo, agobio y desaliento. También ocurre cuando percibimos cierto acoso laboral.

El estrés laboral produce unos efectos en el trabajador que, a su vez, también repercuten en la empresa:

- Bajo nivel de productividad.
- Absentismo.
- Relaciones laborales casi nulas, poca interacción con el resto del equipo de trabajo.
- Dificultad de concentración y memorización.

- Desorganización laboral.
- Bajo rendimiento.

Recordemos ahora algunas recomendaciones para prevenir el estrés laboral que las puede llevar a cabo el trabajador:

- Localizar la fuente del estrés laboral. La carga de trabajo, la relación entre compañeros o superiores, la presión por alcanzar los objetivos.
- Una vez localizado el origen del problema, es preciso actuar y mejorar lo que sea posible.
- Organizar el día a día priorizando lo importante.
- Realizar ejercicio físico.
- Realizar descansos. Hacer pausas de 5 minutos cada 2 horas.
- Dormir las horas necesarias.

Por parte de la empresa, también se pueden llevar a cabo medidas:

- Mejorar el ambiente laboral, mantener un clima de trabajo positivo.
- Mejorar la comunicación entre compañeros y entre superiores con los empleados.
- Tener protocolos de actuación por si fuera necesario.
- Respetar los horarios de los trabajadores, así como sus vacaciones.
- Fomentar la promoción interna, una perfecta manera de mantener la motivación de los trabajadores.

5 Discusión-Conclusión

Casi todos los trabajadores sienten estrés laboral en determinados momentos, incluso a pesar de que le guste su trabajo, en cierta medida no es malo, momentos puntuales de estrés ayudan a mantener el estado correcto de excitación. Los trabajadores se pueden sentir estresados por los horarios, por sus compañeros de trabajo, fechas de entrega o posibles despidos. Un poco de estrés es motivador y puede ayudarle a conseguir resultados y mayor eficacia y eficiencia en el trabajo. Pero cuando el estrés laboral es constante, puede llevar a problemas más graves de salud, trastornos con más difícil tratamiento. Es por ello que es muy importante tomar las medidas necesarias, tanto por parte del trabajador como de la empresa, para prevenir el estrés laboral.

6 Bibliografía

1. CEM Prevención de riesgos laborales (2013). Guía de prevención de riesgos psicosociales en el trabajo
2. Secretaría de Salud Laboral CC.OO. Castilla La Mancha (2011). Guía básica de riesgos laborales específicos en el sector sanitario
3. <https://psicologiaymente.com>
4. La motivación en el personal administrativo del servicio de salud. Irene Ojeda.

Capítulo 505

EL SÍNDROME DEL TUNEL CARPIANO EN LA CATEGORÍA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

MANUEL VEGAS RAMOS

MARIA ISABEL GARCIA MARTINEZ

ISABEL CATALINA LOPEZ VIEDMA

SONIA PARRILLA ARENAS

MARÍA PILAR MARTÍNEZ HERNÁNDEZ

1 Introducción

Mucho se ha escrito sobre la Prevención de Riesgos Laborales, con idea de dar a conocer a un amplio espectro de personas una formación en materia preventiva. Enseñar las herramientas adecuadas para hacer llegar a empresas, trabajadores , instituciones oficiales y a todos los interesados en esta disciplina la formación necesaria para prevenir los riesgos derivados del trabajo, los conocimientos necesarios para adquirir su información y evitar sus consecuencias.

Todas las actividades realizadas por el ser humano conllevan algún tipo de riesgo, entendiendo por riesgo la posibilidad o probabilidad de que ante la confluencia de diversos factores (internos o externos) una persona pueda sufrir un daño determinado.

Y el daño es la consecuencia a la exposición a un riesgo, que unas veces es conocido y otras veces no es conocido.

Es preciso distinguir entre

- Riesgo profesional que es la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado de su trabajo.

- Daños derivados del trabajo que son las lesiones sufridas o las enfermedades patológicas con ocasión o motivo del trabajo.

Por ello es preciso vigilar nuestra salud en el trabajo que es la ausencia de enfermedades o afecciones, sino también la ausencia de elementos mentales que afectan a nuestra salud.

Y el auxiliar administrativo que trabaja en los centros sanitarios también se esta problemática laboral que acabamos de describir.

El Síndrome del Túnel Carpiano es una neuropatía que afecta buena parte de los trabajadores que son auxiliares administrativos de las instituciones sanitarias. Afecta con mayor incidencia a las mujeres entre los 40 y 60 años.

2 Objetivos

Dar a conocer un riesgo laboral específico de los auxiliares administrativos, como es el Síndrome del Túnel Carpiano.

3 Metodología

Para la realización este trabajo se ha realizado un estudio en diferentes publicaciones especializadas sobre riesgos laborales. También se ha recurrido a obtener información en mutuas de accidentes laborales, así como en páginas webs especializadas en el tema propio a desarrollar como el Síndrome del Túnel Carpiano.

4 Resultados

Podemos definir como Síndrome del Túnel Carpiano. El túnel carpiano es un canal o corredor en la cara anterior o flexora de la muñeca, situado entre los huesos de la muñeca y el ligamento anular del carpo, por el cual pasan los tendones flexores de los dedos y el nervio mediano.

El Síndrome del Túnel Carpiano es una dolencia que produce daño en el nervio mediano. Si existe por algún motivo un aumento de la presión dentro de ese túnel carpiano se puede producir una lesión en dicho nervio.

En los casos leves del Síndrome del Túnel Carpiano puede tener una evolución positiva con un tratamiento de inmovilización de la muñeca o inyectando corticoides. En otros casos más complicados, el remedio es siempre quirúrgico, dejando libre el nervio oprimido en el túnel del carpo.

Casi la totalidad de los pacientes experimentan una mejoría muy positiva con el tratamiento quirúrgico.

Pero, que síntomas tiene que tener en cuenta el auxiliar administrativo para reconocer que se encuentra ante el Síndrome del Túnel Carpiano.

En un principio casi todos los pacientes se quejan de dolor en la región de la muñeca y antebrazo, asocian sensación de acorchamiento hormigueos y calambres en los dedos medio, índice y pulgar y parte del anular. Estos síntomas son fundamentalmente nocturnos y posturales. Hay que tener en cuenta que en la gran mayoría de las ocasiones no se identifica ninguna enfermedad asociada. Si acaso se puede asociar, y aquí el auxiliar administrativo debe estar atento, a enfermedades endocrinológicas, enfermedades reumáticas, como la artritis, a tumores. Suele aparecer normalmente con ocupaciones o actividades que supongan maniobras manuales repetitivas como los movimientos repetidos de muñeca y mano así como posiciones forzadas y repetitivas de muñeca. Es decir, movimientos que hace continuamente el auxiliar administrativo en el desempeño de sus tareas.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo dispone de medios para combatir este Síndrome, este riesgo específico en el desarrollo de sus funciones. Es el diseño ergonómico del puesto de trabajo. En las oficinas, despachos o los mostradores donde habitualmente ejercen sus funciones los auxiliares administrativos de los centros sanitarios se caracterizan por una constante implantación de sistemas informáticos.

Un puesto de trabajo tiene un diseño ergonómico cuando es el puesto de trabajo es el que se adapta a las características y circunstancias de la persona.

Para evitar el Síndrome la pantalla y el ratón del ordenador deben estar en una mesa amplia para poder apoyar el brazo tanto el derecho como el izquierdo. La distancia entre teclado y ratón suficiente para mover el ratón sin forzar la mano. Por otra parte hay que tener en cuenta que actualmente existen en el mercado una gama de ratones para ordenadores que evitan esta dolencia que cuentan con una base magnética donde se acopla el ratón y se acopla a la posición natural de la muñeca. Son también conocidos como ratones verticales.

6 Bibliografía

- 1 MANUEL PREVENCIÓN RIESGOS LABORALES VVAA. Cinco Días. Madrid 1993
- 2 PREVENCIÓN RIESGOS LABORALES. Min. Estado y Asuntos Sociales Madrid 1995
- 3 SINDROME DEL TÚNEL CARPIANO F. del Canto Alvarez. Ed. Ergon Madrid 2014
- 4 Página web de la Universidad de Navarra.
- 5 Página web de Mayo Clinic.

Capítulo 506

LOS CELADORES Y SUS COMETIDOS EN LAS HABITACIONES DE LOS PACIENTES EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

JAVIER GUTIÉRREZ VELASCO

MANUEL SANTIAGO SANCHEZ-VALDEPEÑAS MARTIN-
GIL

CARLOS ANDRÉS ESPINOZA GONZALEZ

VÍCTOR DEL RIO MONTES

CARLOS TORRES ATIENZA

1 Introducción

Se han consultado manuales del grupo de celadores de los centros hospitalarios buscando una definición de la unidad del paciente y se ha encontrado, entre otras, la siguiente " Es el área formada por el espacio de la habitación, el mobiliario de la misma y los materiales utilizados por el paciente durante su hospitalización". Como resultado, una habitación de hospital debe contener el mismo número de unidades de pacientes que camas disponibles.

Cada unidad de pacientes debe cumplir una serie de requisitos mínimos, incluidos los del carácter ambiental (humedad, temperatura, luz), elementos de seguridad

(barandillas, suelo antideslizante) y, por supuesto, tranquilidad y privacidad del paciente.

Cuando se asigne un celador a una planta de hospitalización, el supervisor de enfermería estará a su cargo y será el principal responsable del funcionamiento de dicha planta.

Este capítulo desarrollará una breve descripción de las diversas tareas realizadas por los celadores en las habitaciones de los enfermos, incluidas aquellas tareas realizadas para hacer el mejor uso posible de las salas comunes. Los celadores formarán parte de un equipo multidisciplinar.

2 Objetivos

Explicar las funciones llevadas a cabo por los celadores en las distintas plantas de hospitalización, tanto en las habitaciones de los pacientes como en las estancias comunes.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las siguientes funciones de cuidado de las áreas comunes de hospitales y centros de salud deben ser asumidas por celadores, según lo establece el Estatuto del Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones de Salud de la Seguridad Social.

- Vigilar los accesos de la Institución y restringir el acceso a sus instalaciones a quienes no estén autorizados.
- Estar a cargo de la vigilancia nocturna del edificio y exterior para asegurarse de que las puertas de los servicios auxiliares estén cerradas con llave.
- Mantener de forma continua un nivel de calma y orden en todas las estancias de los distintos centros sanitarios.

- Cualquier defecto o anomalía descubierta durante la limpieza y conservación del edificio deberá ser comunicada a sus superiores inmediatos.

Los celadores también deben realizar las siguientes funciones en la unidad de pacientes o en las habitaciones de los pacientes.

- Controlar el ingreso y duración de la estancia de familiares y visitantes en las habitaciones de los pacientes, permitiendo el acceso únicamente a quienes estén autorizados
- Vigilar cómo se comportan los enfermos y visitantes, y prohibirles hacer cualquier cosa que pueda poner en peligro al paciente o la tranquilidad del hogar, como fumar en las habitaciones, llevar comida, sentarse en las camas o cualquier otra cosa similar.
- Ejecutar las funciones de celador correspondientes durante los turnos designados.
- Vigilar, junto con el resto del personal, que los pacientes cuiden de los bienes y enseres de la instalación, previniendo su deterioro enseñándoles el uso y cuidado de persianas, cortinas y demás elementos de servicio.

Los celadores también realizarán cualquier tarea adicional que les asignen sus superiores y que no se haya descrito específicamente. Estos deberes serán similares a los mencionados anteriormente.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha expuesto en este capítulo el celador desarrolla una gran variedad de funciones en las habitaciones de los centros hospitalarios. El celador deberá presentarse a trabajar al comienzo de cada jornada laboral, dando prioridad a las tareas que son más urgentes y enumerando todas las funciones que deben completarse. Es importante el conocimiento por parte del celador de todas las funciones que desempeña en las habitaciones de los centros hospitalarios, y su realización de forma eficaz, contribuyendo al trabajo del equipo sanitario.

6 Bibliografía

- <https://revistamedica.com/funciones-tcae-estatuto/>

Capítulo 507

FUNCIONES DEL CELADOR DURANTE LOS INGRESOS EN LAS DISTINTAS UNIDADES DEL CENTRO HOSPITALARIO.

MIGUEL ÁNGEL ALCAIDE MOTA

1 Introducción

Tal y como podemos encontrar en la orden del 5 de julio de 1971, sobre las funciones del personal subalterno, corresponde al celador el traslado de los pacientes desde unas dependencias del centro sanitario a otras dependencias dentro de la misma institución sanitaria.

Es por ello, por lo que el ingreso de los pacientes corresponde al celador, independientemente de la modalidad en la que ingresen en el centro hospitalario.

Existen dos tipos de modalidad de ingreso en un centro hospitalario:

- Ingreso programado.
- Ingreso de urgencia.

Los pacientes que tienen un ingreso programado, debido a la realización de una intervención quirúrgica o de una prueba exploratorio o diagnóstica que requiere de su ingreso en el centro sanitario, deberán acudir al servicio de admisión de pacientes para que el auxiliar administrativo le den los papeles del ingreso cuando haya camas disponibles en el hospital. Una vez tengan los papeles, será acompañado por el celador hasta la planta de hospitalización indicada en los papeles de ingreso.

Los pacientes que ingresan desde el servicio de urgencias será debido a la falta de pruebas para determinar un diagnóstico, o ante la necesidad de realizar una

asistencia sanitaria continuada. Los pacientes que requieren una intervención quirúrgica de urgencia serán hospitalizados una vez realizada la intervención.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones de los celadores durante el ingreso de los pacientes en las diferentes unidades del centro hospitalario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Como se ha mencionado anteriormente, el traslado de los pacientes corresponde de manera exclusiva a los celadores del centro sanitario, de ahí el hecho de que el ingreso de los pacientes sea realizado por esta categoría profesional al tratarse del traslado de un paciente desde un servicio a otro.

-Ingreso del paciente en las plantas de hospitalización.

Ingreso programado.

- El celador irá a por el paciente al servicio de admisión de pacientes para acompañarlo a la planta de hospitalización donde va a ser ingresado.
- Indicará al paciente que espere en la sala de espera hasta que sea llamado por un técnico en cuidados auxiliares de enfermería para pesarlo y medirlo y ya acompañarlo hasta su habitación.
- Indicará al equipo de enfermería que el paciente se encuentra en la sala de espera y le entregará los papeles del ingreso.

Ingreso desde el servicio de urgencias.

- El celador trasladará al paciente desde el servicio de urgencias hasta la planta de hospitalización en el medio de transporte que mejor considere.

- Si el paciente ingresa por su propio pie, el celador acompañará al paciente a la habitación y entregará los documentos clínicos del paciente al equipo de enfermería.
- Si el paciente ingresa en silla de ruedas, el celador lo llevará hasta la habitación y le ayudará con el técnico en cuidados auxiliares de enfermería a tomarlo en la cama.
- Si el paciente ingresa en camilla del servicio de urgencias, el celador, con ayuda del técnico en cuidados auxiliares de enfermería y con la utilización de un transfer, realizarán la transferencia del paciente desde la camilla de urgencias hasta la cama hospitalaria.

- Ingreso del paciente en la unidad de cuidados intensivos.

El paciente que ingresa en la unidad de cuidados intensivos puede ser derivado desde la planta de hospitalización o desde el servicio de urgencias del centro hospitalario.

Independientemente de la ubicación anterior, son pacientes que acuden a la unidad de cuidados intensivos con graves problemas de salud y en un estado muy delicado, por lo que la transferencia desde la cama en la que es trasladado hasta la cama de la unidad deberá ser realizada por el mayor número de profesionales para realizarlo en bloque y evitar los movimientos bruscos del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “Funciones del celador durante los ingresos en las distintas unidades del centro hospitalario” nos demuestra, por un lado, las distintas modalidades de ingreso que se pueden dar lugar en el centro hospitalario y en las cuales se encuentra presente la figura del celador.

Por otro lado, se han detallado las actuaciones realizadas por los celadores en las diferentes unidades del centro hospitalario. Es importante destacar que los pacientes que ingresan en la unidad de cuidados intensivos suelen presentar graves problemas de salud, corriendo peligro su vida en la mayoría de las ocasiones, por lo que el ingreso deberá realizarse siguiendo las indicaciones del médico responsable del paciente. El celador bajo ningún concepto realizará una actuación por propia iniciativa, ya que puede ser contraproducente para la mejoría del paciente.

6 Bibliografía

1. Aguilar,M.C, Garrido, J.M, Haro, M.C. El celador en la unidad de cuidados críticos. España. Formación continuada logoss. 2013.
2. Castilla-La Mancha, SESCOAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.
3. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2021.
4. Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.

Capítulo 508

LA FARMACIA HOSPITALARIA. FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE FARMACIA

VANESSA MENÉNDEZ SUÁREZ

1 Introducción

Además de las oficinas de farmacia ,legalmente autorizadas y abiertas al público que todos conocemos, existen las farmacias hospitalarias , que dependen de la dirección médica del hospital y les corresponde la adquisición , el almacenamiento, la custodia , la elaboración y dispensación de medicamentos.

Para que el servicio de farmacia hospitalaria tenga un buen funcionamiento, rápido y eficaz, prestan tarea varios profesionales , como son farmacéuticos, FIR (farmacéutico interno residente), DUE, TCAE (técnico auxiliar en cuidados de enfermería), auxiliares administrativos y celadores. Todos ellos estarán bajo el mando y responsabilidad de un farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria.

Los objetivos de este servicio de farmacia son:

- La farmacovigilancia, que tiene como objeto, la identificación , cuantificación, evaluación y prevención de las reacciones adversas que puedan producirse con el uso de medicamentos. La agencia española de medicamentos y productos sanitarios es quien coordina la farmacovigilancia.
- Lograr que cada paciente reciba su dosis de medicamentos adecuada a sus necesidades (dispensación en unidosis) por ello el farmacéutico titular debe tener

relación con otros profesionales como personal de laboratorio, personal de radiología, dietistas , etc.

-El servicio de farmacia debe informar de forma permanente sobre los avances en los medicamentos para la mejora profesional y debe de realizar una investigación continua, evaluar resultados para así subsanar posibles deficiencias.

2 Objetivos

- Explicar las funciones y las características de una farmacia hospitalaria.
- Definir la actuación del celador en el servicio de farmacia.

3 Metodología

Para el desarrollo del presente artículo se ha llevado a cabo una revisión sistemática en bases de datos científicas y en buscadores como Google académico, Medline, Scielo , Wikipedia, etc. utilizando palabras clave como: " farmacia " "celador " "farmacia hospitalaria" "medicamentos", todas ellas relacionadas con el tema a tratar.

4 Resultados

Para llevar a cabo sus funciones el servicio de farmacia consta de las siguientes áreas:

- Área administrativa o de gestión, se encarga de la planificación , de la adquisición, almacenamiento, control y distribución de medicamentos y demás productos sanitarios.
- Área de almacenamiento y conservación, en este área se reciben , clasifican y conservan los medicamentos según sus características , debe tener zona de recepción de mercancías y zona de almacenamiento, se tiene que distinguir la zona de estanterías donde los medicamentos suelen ir ordenados por orden alfabético o grupo terapéutico.

Se dará prioridad a los termolábiles, que son sensibles al calor y se guardan en neveras (2°-8°), estupefacientes (llevan un círculo negro en el envase) y psicotrópicos que se conservan en armarios de seguridad a los que solo pueden acceder los farmacéuticos.

- Área de dispensación, donde se revisan las prescripciones y se dispensan los medicamentos solicitados, existe dispensación interna y externa, la interna se prepara en dosis unitarias (unidosis) para los pacientes hospitalizados y la externa, en la que se presta atención a las necesidades de pacientes que no están ingresados (hemodiálisis, consultas externas, hospitales de día, etc.)

Los pedidos deberán ser revisados comprobando los medicamentos, las dosis y la presentación antes de ser entregados.

- Área de elaboración y farmacotécnia, es la zona de preparación de medicamentos como son las fórmulas magistrales (preparados para un paciente en concreto por un farmacéutico) por ejemplo, son muy frecuentes en enfermedades dermatológicas, en este área también se preparan fórmulas estériles, como son, mezclas intravenosas y nutriciones parenterales (vía endovenosa) , colirios, etc.

- Área de citostáticos, los medicamentos citostáticos son muy delicados en su manipulación, que debe de ser en una zona estéril, con una cabina de flujo laminar vertical (salas blancas) , se emplean en tratamientos contra el cáncer. El personal encargado de su manipulación utilizará guantes , bata, mascarilla, gafas y gorro.

En la sala no puede haber recirculación de aire, ni aire acondicionado, tiene que tener presión negativa , el acceso estará limitado al personal autorizado, la limpieza de esta zona se hará con una fregona de uso exclusivo y lejía , no se podrá barrer.

Las funciones del celador en el almacén de farmacia:

- Recepción del material, comprobando que los bultos recibidos coinciden con los que figuran en los albaranes de entrega.

- Colocación del material el almacén, determinados productos son puestos directamente en su sitio por el celador, como el alcohol, los sueros, etc.

- Transporte del material dentro de farmacia y también a las demás unidades del hospital, utilizando carros o carritos Unidosis.

- Transporte de material desde otras unidades a la farmacia, por ejemplo desde el almacén general.

- Comunicaciones verbales y tramitación de documentos.

- Preparación de alcohol, este se mezcla con agua destilada y se suministra a 70°

en las unidades del hospital.

- Controles de inventarios.
- Dar aviso a sus superiores de cualquier desperfecto o anomalía.
- No permitir el acceso a la zona de farmacia salvo a personas autorizadas.

5 Discusión-Conclusión

En un servicio de farmacia se llevan a cabo diversas actividades como control y dispensación de medicamentos , estupefacientes y psicotrópicos, se preparan fórmulas magistrales, nutriciones enterales, nutriciones parenterales , citostáticos, etc.

Se envasan y reenvasan unidades de medicamentos sólidos y líquidos, se hacen propuestas para la adquisición de material y medicamentos, se clasifican , controlan , conservan y dispensan medicamentos y productos farmacológicos , se hace control administrativo de costes, gastos y consumo.

El servicio de farmacia es muy importante, puesto que abastece a todo el centro hospitalario.

La figura del celador es fundamental en el almacén de farmacia, ya que garantiza un servicio rápido y eficaz basado en su colaboración para el transporte y la distribución del material y demás productos galénicos.

6 Bibliografía

1. <https://www.revistamedica.com>
2. <https://www.farmaceuticonline.com>
3. simeg.org
4. <https://scholar.google.es>
5. Editorial MAD. Temario celador

Capítulo 509

EL CELADOR EN LA SALA DE AUTOPSIAS

MARÍA DEL CARMEN RODRÍGUEZ MIRANDA

1 Introducción

La muerte, aunque es parte del ciclo vital de los seres vivos, ha sido en todas las sociedades y para todos los individuos una situación que se ha afrontado de muy diversas formas. En general, a pesar de que la muerte es una parte de la propia existencia, existe un rechazo hacia ella.

Todo el personal hospitalario debe procurar ser muy cauteloso y profesional en su trabajo, proporcionando al fallecido y a la familia la ayuda necesaria para aliviar el gran impacto emocional que pueda causar en ellos. Ofreciéndoles un ambiente de respeto, confort, soporte y comunicación. Este ambiente se consigue con la actitud de los profesionales y la familia.

En el recinto hospitalario donde se encuentra el mortuorio, existen diversas salas destinadas al velatorio en el caso de que los familiares prefieran velar el cadáver en el hospital, en vez de en su domicilio o en alguno de los tanatorios existentes para tal fin.

En casos en que es necesario determinar cómo o por qué ha muerto un individuo, se realiza la autopsia.

La autopsia tiene como único fin investigar el origen de la muerte del individuo, mediante el examen del cuerpo y sus órganos. Dependiendo del motivo que lleve a hacer una autopsia, existen dos maneras distintas y diferentes de llevarla a cabo: (La Autopsia Médico-Legal o forense y la Autopsia Clínica).

Cuando los que solicitan la autopsia son los familiares del fallecido. Esta se denomina; autopsia solicitada. Si la autopsia es requerida por ley; autopsia obligatoria.

El celador como parte del equipo multidisciplinar de esta unidad ayudara al médico encargado en esta unidad.

En este capítulo detallaremos las principales funciones que tiene el celador en esta unidad.

2 Objetivos

- Definir que es una autopsia.
- Exponer e indicar las funciones de los celadores en la sala de autopsias de 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 relacionados con el tema en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio. Usando palabras clave como: CELADOR, AUTOPSIA, HOSPITAL

4 Resultados

La definición de autopsia, (o necropsia) es; examen de un cadáver. Y consiste en una práctica médica, que estudia el cuerpo después del fallecimiento del individuo. La autopsia se llevará a cabo en la sala de autopsias del hospital. El médico encargado de realizarla es el anatomopatólogo. El celador le ayudará en la práctica de la autopsia, pero sin utilizar ningún material sobre el cadáver, como recoge el artículo 14.2.20 del estatuto de personal no sanitario.

La sala de autopsias es un local aislado donde se encuentra Anatomía Patológica. Debe reunir algunas características (recogidas en el real decreto 2230/1982)

- Los suelos y techo serán impermeables, de fácil limpieza.
- La mesa de autopsias tendrá unas medidas de 2 metros de largo por 0,75m de ancho.

- Agua fría y caliente.
- Sistema de aspiración.
- Desagüe.
- Iluminación adecuada
- Ventilación.
- Mecanismo anti-retorno.

El celador como parte del equipo multidisciplinar de esta unidad ayudara al médico encargado en esta unidad.

El artículo 14.2.20 del estatuto de personal no sanitario establece que el celador deberá ayudar a la práctica de las autopsias en aquellas funciones en las que no se requieran hacer uso por su parte de instrumental alguno sobre el cadáver.

Es obligación del celador llevar las siguientes medidas de protección:

- Guantes: (es la barrera de protección más importante).
- Bata: que por lo general suele ser desechable e impermeable.
- Gafas y mascarillas: para prevenir salpicaduras de posibles fluidos corporales.
- Lavado de manos: para evitar la posible contaminación a través de microorganismos.

El celador en el servicio de autopsias se ocupará de lo siguiente:

- Transportará el cadáver desde la cámara frigorífica a la sala de autopsias.
- Preparará el cadáver sobre la mesa de necropsias, efectuando los movimientos del mismo que fueran necesarios para la realización de la autopsia.
- Preparará el instrumental necesario.
- Conservará un ambiente de respeto. Se debe detener las mismas consideraciones con el cuerpo vivo que con el muerto.
- Recompondrá y aseará el cadáver una vez finalizada la autopsia.
- Limpiará la sala, mesa y material de autopsias, así como el instrumental utilizado.
- Llevará las muestras orgánicas a los servicios correspondientes.
- Cualquier otro cometido de carácter auxiliar que le fuera encomendado por el médico en relación con la práctica de la autopsia.

5 Discusión-Conclusión

Como miembro del equipo que presta sus servicios en un hospital, el celador se va a encontrar en algún momento con algún éxitus, (paciente ingresado que fallece). En los casos en que haya que saber el motivo de esta muerte, al fallecido se le deberá hacer una autopsia.

El objetivo de una autopsia es descubrir el motivo por el cual ha fallecido una persona. Implicando la colaboración de varios profesionales, desde el fallecimiento del paciente hasta la limpieza de la sala al finalizar la práctica por el facultativo. Una vez recogidas las funciones del celador en la sala de autopsias y las características de estar asignados a este servicio. También hay que resaltar la naturaleza de las emociones que proviene de la pérdida de un familiar, y en las que el celador también interviene realizando su trabajo con gran profesionalidad, sin deshumanizar la atención ofrecida a los familiares, siendo cauteloso con los comentarios que hace, compartiendo sus sentimientos y siempre respetando sus creencias y necesidades.

El celador debe de estar capacitado y formado en el desarrollo de sus tareas. Ya que se encarga de unas funciones específicas que son clave en el buen funcionamiento de la unidad

6 Bibliografía

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

Capítulo 510

AGRESIONES EN EL ÁMBITO SANITARIO. VIOLENCIA EJERCIDA CONTRA LOS PROFESIONALES DE LOS SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

MARÍA DEL PILAR PÉREZ SALCEDO

1 Introducción

La OMS define violencia en el trabajo como “aquellos incidentes en los que la persona es objeto de malos tratos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo, con la implicación de que se amenace explícita o implícitamente su seguridad, bienestar o salud”.

Primero de todo, tenemos que tener en cuenta que en el mundo actual se viene observando una creciente agresividad de los seres humanos en cualquier ámbito. El trato y la comunicación entre profesionales del entorno sanitario y los usuarios del mismo, desgraciadamente, no es una excepción. Esta circunstancia deforma y cambia la relación que correspondería establecer entre profesionales y pacientes o usuarios.

En el entorno sanitario es manifiesto que los ataques a los profesionales sanitarios, y también contra el personal administrativo han aumentado significativamente. Según datos del Ministerio de Sanidad, las agresiones contra los trabajadores del Sistema Nacional de Salud, está alcanzando niveles realmente alarmantes en el siglo XXI.

Las agresiones a trabajadores de la sanidad, y entre estos a los profesionales de los servicios administrativos de los centros, ya sea violencia física, verbal o psicológica, constituye ya un problema que se valora como una destacada causa de peligro psicosocial.

La labor diaria del personal de centros sanitarios y en concreto, del personal administrativo, que suele ser el primer vínculo con los pacientes y usuarios en cualquier institución de salud, les hace tratar y comunicarse con una variada suerte de personas. Dichas relaciones entrañan una elevada carga emocional, además de un elemento de subjetividad, que en función de las habilidades para gestionarlo y conducirlo, puede ocasionar o bien soluciones y complacencia, o bien más de un sinsabor.

Puede considerarse que el propio trabajo constituye un lugar de desarrollo, de crecimiento de la personalidad y de realización, pero en determinados momentos y contextos deja de ser así cuando entra en juego la agresividad y la violencia es ejercida contra los trabajadores de manera general, y en el caso que nos ocupa, contra los profesionales de los servicios administrativos de la sanidad.

2 Objetivos

- Conocer la realidad que se padece en los centros sanitarios.
- Concienciar de la magnitud del problema y difundir buenas prácticas
- Observar los mecanismos por los que se producen las agresiones al personal administrativo en los centros sanitarios.
- Estudiar los patrones de conducta para tratar de poner freno a las conductas o episodios agresivos de los usuarios y pacientes.
- Investigar y reflexionar sobre posibles soluciones para prevenir y actuar frente a las agresiones.

3 Metodología

Se ha realizado para la elaboración de este trabajo un análisis sistemático de múltiples fuentes, webs y noticias, procediendo a una revisión bibliográfica acerca de las publicaciones científicas existentes. Se han consultado numerosos artículos, así mismo se han analizado diferentes estudios y registros. Igualmente se han estudiado artículos de las más destacadas bases de datos como Dialnet y Scielo.

4 Resultados

Lamentablemente, los casos de violencias verbal y física contra el personal sanitario y administrativo no son infrecuentes dentro del sistema sanitario. Aunque se trata de un problema grave y bien definido, en los últimos años se ha producido un aumento del ya excesivo número de casos, como muestran los diferentes estudios.

Pese a que el Tribunal Constitucional en el año 2007 dictaminó que las agresiones contra el personal sanitario era un delito y que todos los agresores desde ese momento tendrían antecedentes penales, pasaban a pagar fuertes indemnizaciones y hasta podrían enfrentarse a penas de prisión, pese a ello, el número de ataques no se ha reducido.

Los datos aportados al Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar por las Comunidades Autónomas en 2018 mostraron que en ese año se registraron un total de 9.741 agresiones.

Es evidente que los ataques siguen creciendo, ya que en 2021 se reportaron un total de 10.170 agresiones, lo cual significa un incremento de 2,24 puntos más con relación a 2020.

Según datos del Ministerio de Sanidad, en 2021 la mayor parte de las denuncias de agresiones provinieron de mujeres (77%). En cuanto a la categoría profesional de las personas que han sido agredidas, resulta evidente que el personal facultativo (23,34%) y el personal administrativo (19,47%) sufren un mayor índice de ataques violentos en comparación con el resto de personal del ámbito sanitario.

En lo que se refiere al tipo de agresión, la mayor parte de ellas no son de tipo físico, e incluye sobre todo insultos y amenazas. No obstante, no debemos ignorarlas, dado que las agresiones físicas en valor absoluto suponen la preocupante cifra de 1.483 episodios de violencia en 2021.

Por otra parte, las cifras muestran que los perfiles de los atacantes en el 74% de las ocasiones coinciden con el propio paciente o usuario y que en el 26% de los casos se trata de agresiones en las que se ven involucrados un familiar o acompañante.

Los datos evidencian que este problema lo padece el personal administrativo, que resulta ser el primer enlace y punto de encuentro de los ciudadanos con los servicios de salud. Esto hace que los profesionales administrativos experimenten diferentes secuelas que varían en función del grado de agresión y de la personal-

idad y características individuales de cada víctima. Por tanto, las consecuencias pueden variar desde el menoscabo de la satisfacción laboral y la falta de motivación hasta el deterioro físico o psicológico y el estrés.

Las agresiones suponen una amenaza a los derechos de los trabajadores y a su dignidad, pero supone también un atentado contra la culminación del éxito de la actividad del sistema sanitario y contra su eficacia.

La tolerancia, la confianza y el respeto son valores de esencial importancia para el desarrollo de un trabajo que implica y precisa un contacto personal y directo como ocurre en la atención sanitaria y estos valores deben ser una prioridad entre ambas partes.

5 Discusión-Conclusión

Los ataques a los trabajadores del Sistema Nacional de Salud siguen siendo una vigente realidad y un grave problema.

Los datos analizados mostraron que las agresiones las sufren principalmente el personal médico y el personal administrativo. Las causas de estos ataques suelen guardar relación con la propia atención sanitaria, con los tiempos de espera o por la percepción de un trato inadecuado.

Esta violencia incluye agresiones verbales, como gritos, insultos, amenazas; hasta las agresiones físicas y/o ataques a las propias instalaciones sanitarias.

Entre las posibles medidas para prevenir, minimizar y actuar frente a las agresiones podrían ser:

- Reconocer a los usuarios o pacientes con una agresividad latente, percibir las alertas de riesgo, entender cómo debemos atenderlos. Preparar a los profesionales para saber cómo actuar si son víctima o testigo y cómo protegerse.
- Siempre que sea posible, garantizar la seguridad del lugar de trabajo con circuito cerrado de televisión, sistemas de alarma y control de accesos.
- Proporcionar a los empleados cuya labor lo requiera de dispositivo de comunicación y de alarma de uso sencillo.
- Proporcionar información acerca de cómo prevenir y resolver situaciones violentas, así como asesoramiento jurídico.
- Alentar a los profesionales sanitarios y administrativos a informar y registrar incidentes y colaborar en la búsqueda de posibles soluciones en un futuro.

6 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad. Informe de agresiones a profesionales del Sistema Nacional de Salud 2021. [Internet]. [Consultado 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionesSanitarias/agresiones/docs/InformeAgresionesProfSNSalud2021.pdf>
2. Guillermo Belinchón. La violencia contra sanitarios exige registros y controles en los centros. [Internet]. [Consultado 27 may. 2023]. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/la-violencia-contra-sanitarios-exige-registros-y-controles-en-los-centros-8145>
3. Chema López. Violencia en el trabajo, un problema para la salud pública. [Internet]. [Citado 6 oct. 2023]. Disponible en: <https://www.nuevatribuna.es/articulo/economia-social/violencia-trabajo-problema-salud-publica/20161117190001133885.html>

Capítulo 511

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN RELACIÓN CON LOS PACIENTES FALLECIDOS EN EL ÁMBITO SANITARIO

AMPARO TIRADO GALLEGO

WILLIAMS CORDOVES CUEVAS

RAUL VALERO GOMEZ

1 Introducción

En el análisis de este capítulo abordamos las actuaciones de nuestras tareas como celadores en el tema del fallecimiento en los pacientes, y este se debe tratar, conocer y aceptar como parte natural en la vida para poder proporcionar los cuidados y tratamientos específicos, no debemos olvidar la familia en esta fase.

Los cuidados post-mortem comienzan cuando el médico certifica la muerte del paciente, y siempre antes de que aparezca el rigor mortis, y terminan cuando hemos enviado la historia clínica al archivo. Si la muerte fue en circunstancias violentas o no están claras sus causas, la atención y cuidados se posponen hasta la realización de la autopsia.

Los celadores en esta fase se centrarán en ayudar a las enfermeras/ros a amortajar a los fallecidos y se responsabilizarán del cadáver en su traslado a la sala mortuoria.

La situación que se produce aquí con la familia es especialmente tensa, en la medida de lo posible es recomendable trasladarlos durante un tiempo con la persona

fallecida para que manifiesten sus emociones mediante el llanto o el silencio respetuoso posteriormente es recomendable que se sitúen en otras dependencias aledañas para que puedan serenarse o calmarse.

Dentro de los cuidados post-mortem distinguimos la autopsia, embalsamamiento, amortajamiento, incineración y enterramiento. Solo nos centraremos en los que el celador tenga algún tipo de actuación.

2 Objetivos

- Indicar las tareas del celador en la fase post-mortem de Amortajamiento.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed,

Medline, y Scielo, cgsanidadlpa, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Amortajamiento:

En esta fase post-mortem el celador ayudara al personal facultativo sanitario movilizándolo el cadáver de la manera que se indique y así facilitar la realización de esta actividad.

El amortajamiento consiste (una vez obtenida la certificación médica) en la preparación del cadáver en el menor plazo de tiempo posible y con la mayor intimidad que se pueda para que sus familiares puedan despedirse del sujeto antes de su entierro o incineración. Si el fallecido comparte habitación con otro paciente, se deben tomar las medidas de intimidad correspondientes como interponer un biombo entre cama y cama o cubrir al sujeto fallecido en cuestión con una sabana, además antes de amortajar pediremos a los familiares que salgan fuera de la habitación y así evitar que vean los procedimientos de tal actuación directamente a un ser querido.

El primer paso antes de tocar nada es guardar la mayor higiene posible, para lo cual deberemos lavarnos la manos antes y después de la actuación y poner-

nos mascarilla , después retiraremos todas las sondas y catéteres que tuviera el paciente fallecido también habrá que retirar todos los objetos personales si los tuviera tales como collares pendientes relojes etc, posteriormente estiraremos las extremidades , asearemos el cuerpo y taponaremos los orificios naturales por donde anatómicamente el cuerpo puede perder líquidos (fosas nasales, oídos, vagina, ano , pene, orofaringe) antes de que se produzca la rigidez post-mortem. Una vez hecho esto, habrá que revisar si todo está en orden y continuaremos cerrando los ojos al fallecido y colocando la boca mandíbula si esta estuviera abierta, para ello nos ayudaremos de una venda que lo coja desde mentón-cabeza. Debemos alinear el cuerpo en posición decúbito supino para ello también mantendremos los tobillos sujetos con una gasa.

Por ultimo deberemos colocar el cuerpo encima de una sábana grande de tal forma que al doblar esta cubra el cadáver por completo y etiquetarlo con su identificación correspondiente.

Antes de marcharnos de la sala deberemos recoger los utensilios utilizados y llamar al servicio de limpieza o desinfección.

Traslado del cadáver al mortuario:

En este punto la responsabilidad del celador es máxima y por tanto hay que tener en cuenta una serie de puntos que le ayudaran para lograr con éxito este cometido, para empezar antes de iniciar ningún desplazamiento deberá asegurarse de que dispone del certificado médico de fallecimiento del sujeto en cuestión, entregaremos copias del mismo a las unidades correspondientes, después también se debe etiquetar al cadáver y comprobar que los datos son los correctos (nombre apellidos, edad, sexo, fecha y hora del suceso).

Normalmente es el celador quien ayuda a amortajar al cadáver, si no se deberá comprobar si el difunto tiene las sabanas correspondientes, etiquetas, orificios tapados y posición correcta para poder presentarlo a su familia en condiciones óptimas, si todo esto correcto se trasladará normalmente por dos celadores sin acompañantes pertenecientes a su familia, por trayectos lo más cortos posible y en horarios en los que los pasillos son poco frecuentados.

Actuación en las salas de autopsias:

Cuando por circunstancias externas a nuestro control y en base a los métodos científicos y médicos no se pueda determinar las causas del fallecimiento de un sujeto se procederá entonces a su autopsia entendiendo aquí este concepto como la apertura del cadáver para verificar el estado de sus órganos internos y así determinar la causa de su muerte.

Para llegar a este punto en nuestras tareas como celadores ya tendremos que haber trasladado el cadáver desde la cámara frigorífica a la sala de autopsias

puesto que es nuestra labor, después quitar las sabanas envolventes, tapones y vendas que pueda tener el sujeto fallecido y colocarlo en la posición que nos indique el personal facultativo.

Posteriormente prepararemos el material instrumental en las condiciones de mayor higiene posibles y ayudaremos a los facultativos cuando lo soliciten sobre todo en maniobras que requieran esfuerzo físico o mecánico.

Una vez finalizada la autopsia y determinada la causa de la muerte colaboraremos con el facultativo en el cerramiento del cadáver, lo limpiaremos interna y externamente

(le asearemos) y volveremos a tapar lo orificios naturales por donde pueden escaparse fluidos(ano, vagina, pene , oídos, boca), posición decúbito supino, envoltura en sabana mortuoria, etiquetado con su documentación, limpieza de la sala, aviso al personal de desinfección y traslado de nuevo a la cámara frigorífica.

También seremos los encargados de trasladar cualquier muestra o material orgánico al departamento que corresponda junto con las ordenes si las hubiera de manera verbal por parte del personal sanitario cualificado.

5 Discusión-Conclusión

Visto el contenido del capítulo podremos afirmar que el celador tendrá unas funciones específicas en el amortajamiento del cadáver donde ayudará colaborará con el personal sanitario cualificado en las tareas procedentes para tal fin. Es el encargado de transportar o trasladar a las salas de autopsias, a las cámaras frigoríficas o salas de velatorio el sujeto fallecido y se responsabilizara de ello, ante lo cual nunca informara a la familia sobre las causas del fallecimiento(es el médico quien debe informar) ni hará comentarios sobre el tema en cuestión con terceras personas, en su lugar el celador colaborará en todo momento intentando hacer más llevadero este trance y flexibilizando en la medida de lo posible las pautas profesionales, así mismo se preservara la intimidad necesaria para facilitar el contacto humano y dignificar la situación.

6 Bibliografía

1. https://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/celador/temas/tema_5.pdf

Capítulo 512

EL CELADOR: ACTUACIONES EN QUIRÓFANO

MARÍA CERRO GARCÍA

JOAQUIN VALENCIANO CABEZUELO

CARLOS MARTÍNEZ DOLZ

LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS

JOSÉ ÓSCAR GONZÁLEZ PÉREZ

1 Introducción

Un grupo multidisciplinar de expertos conforma el equipo quirúrgico. La relación y el nivel de capacitación entre cada miembro del equipo, así como el supuesto intercambio de información para el beneficio del paciente, determinarán el estándar de atención, la efectividad de una intervención y la satisfacción del paciente. Dado que son la única oportunidad para la mayoría de los pacientes de mejorar su condición o incluso salvar sus vidas, el trabajo realizado por estos profesionales es crucial.

Integran el equipo de salud los siguientes profesionales:

El cirujano.

- Asistente del cirujano.
- Personal que sea enfermero registrado.
- Personal de enfermería de apoyo.
- Una enfermera anestesista.

- Los celadores.

El celador es responsable de acompañar al paciente al quirófano. También se asegurará de que se mantenga el historial médico del paciente y contenga todos los registros clínicos necesarios para llevar a cabo la intervención.

Las principales responsabilidades del celador del quirófano son ayudar a los pacientes durante las operaciones, los traslados, bajarlos y levantarlos de la mesa de operaciones y ayudar a los celadores y enfermería.

Puede ayudar con las tareas de limpieza del paciente durante procedimientos urgentes.

El celador deberá estar en el ante quirófano durante la operación en caso de que se requiera su asistencia. También deberán contar con uniforme, gorro y mascarilla aséptica para poder ingresar al quirófano.

2 Objetivos

- Describir las funciones del celador de quirófano.

3 Metodología

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

4 Resultados

Se sugiere un protocolo de actuación para el celador en la zona de espera, con foco en su vestimenta.

Se deben colocar antes de entrar al quirófano y se utilizan para cubrir el calzado. Papel o tela (reutilizables) son materiales aceptables.

Para evitar que el cabello contamine la zona e infecte al paciente, se utiliza para tapar el cabello expuesto.

Para que no se contamine debes ponértelo después de tus calzas y antes de tu pijama quirúrgico.

También debe utilizarse con pacientes inmunodeprimidos y trasplantados en la UCI.

Pueden ser de tela reutilizable o de papel desechable.

Cuando hablamos, respiramos o tosemos, nos impiden liberar microorganismos que podrían ingresar al paciente.

Si la persona tiene barba, ésta debe estar completamente cubierta, junto con nuestra boca, nariz y barbilla.

Cada procedimiento quirúrgico requiere el uso de una mascarilla.

Puede ser de tela (reutilizable) o de papel (desechable).

1-Se deberá utilizar la mascarilla en las siguientes circunstancias:.

- Procedimientos quirúrgicos.
- En cualquier momento Se vierten fluidos corporales que podrían contaminar la sangre.
- Al tratar a pacientes que se encuentran aislados y que tienen enfermedades que nos pueden transmitir.
- Ayudan a evitar que cualquier tipo de microbio que podamos tener llegue al paciente a través de la ropa, los brazos o el pecho. Deben ser impermeables a los líquidos y a la sangre.
- También nos protegen de posibles salpicaduras de líquidos y sangre que puedan producirse durante la intervención.
- Deben cubrir toda nuestra ropa y al menos llegar hasta las rodillas para su correcta colocación. Es necesario que las muñequeras sean elásticas y móviles.
- A pesar de que toda la bata debe estar esterilizada, el cierre posterior se considerará no estéril.
- Cada paciente debe estar vestido con una bata.
- Para el material de las batas se puede utilizar papel (desechable) o tela (reutilizable).

2-Se deben realizar las acciones que se enumeran a continuación para ponerse la bata.

- Los celadores deben lavarse bien las manos.
- Abrir la bata sin tocar el exterior y sin ajustarla de ninguna manera.
- Pasa los brazos por las aberturas diseñadas para ello.
- Comenzando por las correas superiores, apriétalas.
- No toque ninguna superficie al quitarse la bata; hazlo desde afuera.
- Los guantes de neopreno o látex pueden ser esterilizados y los guantes de nitrilo, látex o vinilo pueden ser no esterilizados.

3-Todo lo cubierto en esta sección debe enumerarse en el siguiente orden:.

1. Polainas.
2. Sombrero.
3. Máscara.

4. Bata.
5. Guantes fabricados con materiales estériles.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, la colocación de cualquier parte de la vestimenta del celador en el quirófano deberá ser perfecta para que pueda realizar todas las tareas que se le requieran, de lo contrario, podrían producirse errores graves y el paso de microorganismos. Debe estar vestido adecuadamente para transportar a los pacientes fallecidos durante la operación a la morgue y afeitarlos si es necesario. El celador será el responsable, en caso de que algún miembro fuera amputado durante la intervención con la aprobación previa del cirujano, para transportar dicho miembro a la funeraria.

En el quirófano, las diversas acciones del celador revelan la importancia de este protocolo. 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 513

CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

MARÍA CERRO GARCÍA

CARLOS MARTÍNEZ DOLZ

JOSÉ ÓSCAR GONZÁLEZ PÉREZ

LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS

JOAQUIN VALENCIANO CABEZUELO

1 Introducción

Es importante tener en cuenta que el celador de la puerta de urgencias es siempre quien da la bienvenida a los pacientes y sus acompañantes o familiares. Por ello, independientemente de la atención posterior que reciban, la impresión que los pacientes o sus familiares tienen del servicio de urgencias hospitalario puede ser positiva o negativa según la primera actuación del celador.

Existen varios tipos de pacientes porque no todos los pacientes que acuden a urgencias de un hospital presentan las mismas patologías, se pueden clasificar de varias maneras.

1-Varias situaciones de emergencia basadas en el término “emergencia”.

- Urgencia subjetiva: Cuando la patología del paciente, a pesar de lo que pueda pensar, no pone en peligro su vida ni su salud, hablamos de urgencia subjetiva.
- Urgencia objetiva: Cuando la patología de un paciente pone en grave riesgo su vida o su salud, hablamos de urgencia objetiva.

- Emergencia vital: Nos referimos a una emergencia vital cuando se produce un fallo de las vías respiratorias vitales, funciones circulatorias o cerebrales y existe un riesgo de muerte a corto plazo.

2-Tipos de emergencias médicas, clasificados en prioridad:

- Una emergencia crítica. Se refiere, como hemos dicho anteriormente, a un peligro inmediato – real o hipotético para la vida del paciente o riesgo de consecuencias graves permanentes si no recibe atención médica inmediata (paro cardiorrespiratorio, infartos de miocardio politraumatizados, edema agudo de pulmón, etc.)

- Los pacientes que se encuentran en una condición crítica o gravemente inestable pueden tener problemas con uno o más de sus órganos.

- Pacientes agudos no críticos o consultas que se prefieran. Aquellos que no pongan en peligro la vida del paciente.

- El paciente que no sea agudo o retardable. Esta categoría incluye a todos los pacientes que necesitan atención médica, pero no de inmediato y que pueden ser remitidos a su médico de atención primaria sin riesgo para el paciente.

3-Tipos de emergencias médicas por especialidades:

- Las emergencias por trauma son personas que han experimentado algún trauma.

- Pacientes con heridas leves, heridas complicadas, apendicitis, etc.

- Se considera que los pacientes con afecciones o enfermedades que representan un riesgo potencialmente mortal están experimentando emergencias médicas.

2 Objetivos

Dar a conocer qué tipo de urgencias hospitalarias hay en el hospital atienden diariamente los celadores en la puerta 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

Los términos urgencia y emergencia deben distinguirse porque frecuentemente se utilizan como sinónimos y no tienen relación entre sí.

Aunque normalmente se considera una emergencia cualquier situación que plantea una amenaza inmediata a la vida o la salud del paciente, el término “urgencia” se refiere a cualquier demanda de atención que se produce fuera del horario comercial habitual.

Una emergencia médica, por otro lado, requiere hospitalización, una respuesta médica inmediata y un riesgo para la vida del paciente.

Uno de los servicios más importantes que brindan los hospitales es la atención de emergencia, que está disponible las 24 horas para pacientes con patologías que no les permiten esperar horas para recibir tratamiento. Los pacientes con estas patologías se consideran emergencias y se encuentran entre el grupo de pacientes más importante de la industria de la salud. Los pacientes pueden ingresar a la sala de emergencias solos o con amigos o familiares a través de la puerta de la habitación. Independientemente de las causas que los provocaron, ambos necesitan atención médica. Los motivos por los que llamaron a los servicios de emergencia son variados.

El deber de un celador de la sala de emergencias es apoyar al personal médico para que los pacientes reciban la mejor atención y atención posibles. Un celador es el principal responsable de:

Recepción de pacientes: El celador deberá acoger a los pacientes tanto ambulantes como no ambulantes y brindarles la asistencia que necesiten para su transporte y movilidad.

Ayudar al personal médico: el celador debe satisfacer todas las necesidades del personal médico. Esto implica ayudar con los exámenes de diagnóstico, ayudar con la administración de tratamientos y medicamentos y ayudar a transportar al paciente para exámenes adicionales.

Apoyo emocional: El celador debe ser consciente del estado del paciente y debe apoyarlo emocionalmente. Las personas mayores, los niños y las personas que padecen enfermedades mentales deben prestar especial atención a esto.

El celador debe vigilar los alrededores para asegurarse de que se sigan todos los procedimientos de seguridad. Esto incluye asegurarse de que todo el equipo funcione y que todos los materiales peligrosos se eliminen adecuadamente.

5 Discusión-Conclusión

Todos los celadores deben estar familiarizados con las diversas clasificaciones de emergencias médicas porque su rol como portero del servicio de emergencia del hospital incluye recibir a los pacientes y dirigirlos al servicio de admisión de pacientes o directamente al servicio de triaje (dependiendo de la gravedad de la emergencia presentada por el paciente en cuestión).

Sobre todo es necesario conocer el que más se utiliza en el hospital donde desempeñas tus funciones para que esos minutos cruciales en casos de emergencias que son críticos para la vida del paciente no se pierdan en la burocracia (primero ve a través del servicio de admisión de pacientes) o por desconocimiento de la gravedad de la patología presentada por el celador.

6 Bibliografía

1. Wikipedia. <https://celadoresonline.blogspot.com>.

Capítulo 514

EL CELADOR Y EL TRANSPORTE INTRAHOSPITALARIO DE ENFERMOS

MARÍA CERRO GARCÍA

CARLOS MARTÍNEZ DOLZ

LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS

JOSÉ ÓSCAR GONZÁLEZ PÉREZ

JOAQUIN VALENCIANO CABEZUELO

1 Introducción

El acto de trasladar a un paciente de un lugar a otro se conoce como traslado. Podría estar en los distintos pisos del hospital o incluso en una sola unidad en particular. Una gran cantidad de pacientes ingresados cada día deben ser trasladados después de haber sido trasladados cuando ingresaron por primera vez para poder moverse por el campus del hospital y realizar procedimientos de diagnóstico.

En este momento, el envío de pacientes en ambulancia requiere el uso de personal capacitado. En el servicio de ambulancias específicamente se requiere de un celador, y una de sus funciones es bajar al paciente a una silla o camilla. Procedente del suelo de la ambulancia.

Según el artículo 14.2 del Estatuto del Personal No Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, Orden del Ministerio de Trabajo de

5 de julio de 1971, se encargarán de los traslados de pacientes tanto en el interior del establecimiento como en el servicio de ambulancia.

Finalmente, aunque muchos pacientes ahora pueden caminar solos, algunos todavía necesitan ayuda para satisfacer estas necesidades de la vida, lo que subraya la importancia del trabajo de la enfermera.

Por lo general, los pacientes se trasladan dentro de la cama real, pero en ocasiones esto no es posible.

2 Objetivos

- Informar sobre el procedimiento que un celador lleva a cabo para trasladar a un paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 varias formas de trasladar al paciente, dependiendo de su nivel de movilidad.

- Mover al paciente en silla de ruedas: Cuando el paciente no puede caminar o le resulta poco práctico hacerlo, trasladarlo en silla de ruedas es la opción más sencilla.
- El paciente debe mirar hacia adelante mientras el celador empuja la silla desde atrás al subir una rampa.
- El conductor debe desplazarse hacia atrás mientras empuja al paciente hacia adelante cuando utiliza una silla de ruedas para descender una rampa.
- El ascensorista entrará primero y retirará la silla desde el interior cuando utilice un ascensor.
- Para salir de un ascensor, gire la silla hacia adentro, salga y tire de la silla desde afuera.

- Siempre que se traslade a un paciente de una cama a una silla de ruedas, el respaldo de la silla siempre debe estar cerca de los pies de la cama. La silla se detendrá y evitaremos que se mueva. Si es posible, se baja la cama para que el paciente quede sentado en el suelo.
 - Cuando el paciente no puede sentarse, tiene aparatos o yesos grandes, o cuando el uso de silla de ruedas está prohibido, el traslado del paciente en camilla es una opción.
 - El celador empuja la camilla hacia el ascensor a través del área de la cabecera. Además, está situado no muy lejos de la altura del paciente.
 - El celador debe empujar la camilla estando de pie en el frente y dejando los pies del paciente en la parte inferior al salir del ascensor.
- A continuación se muestran los artículos de uso frecuente:
- Ruedas.
 - Una barandilla.
 - Grapas.
 - Soporte en ángulo.
 - Soporte para bolsas urinarias, intravenosas y otros dispositivos médicos.
- El nivel de movilidad del paciente determinará el método adecuado para trasladarlo a una camilla.

5 Discusión-Conclusión

Los costes de las incidencias que se producen durante el traslado del paciente se reducirían si todos trabajaran juntos, informaran al paciente con antelación y contaran con los medios materiales y humanos necesarios formados y especializados en el seguimiento del paciente. Esto respalda la necesidad de que estas transferencias cumplan con estándares mínimos porque conllevan un mayor riesgo para el paciente, que debe sopesarse con los beneficios que pueden ofrecer. El enfermero debe conocer bien este protocolo para poder transportar pacientes dentro del hospital en cualquier momento. El nivel de movilidad del paciente determinará el método adecuado para trasladarlo a una camilla. 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 515

LA CONFECCIÓN Y FORMALIZACIÓN DE DOCUMENTOS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA SANIDAD

MARÍA PILAR MARTÍNEZ HERNÁNDEZ

MARIA ISABEL GARCIA MARTINEZ

ISABEL CATALINA LOPEZ VIEDMA

MANUEL VEGAS RAMOS

SONIA PARRILLA ARENAS

1 Introducción

Un documento es un escrito en papel o en otro soporte con el que se puede acreditar o probar una cosa.

Para informar sobre las relaciones entre los ciudadanos y las agencias gubernamentales se utilizan los documentos administrativos. Además de reflejar estos asuntos, gracias a ellos se validan en el tiempo.

Hoy en día las historias clínicas han sido digitalizadas, es decir se ha creado una historia clínica digital para que les sea más fácil a la hora de acceder tanto los usuarios como los profesionales.

Es necesario resaltar la importancia que tienen tanto los documentos como los formularios administrativos, ya que son el principal medio de comunicación entre las organizaciones administrativas y los ciudadanos. Es primordial que su

contenido y estructura estén presentados de manera clara, para que el ciudadano pueda comprender y utilizar esta información de la manera más adecuada posible.

Aunque no hay una manera específica de crear documentos administrativos. Los elementos que se pueden ver normalmente son los siguientes:

- El logo de la empresa, su número de expediente y la clave se encuentran en la cabecera.
- Título
- Datos como el destinatario y su identidad, la fecha y el asunto.
- El contenido, que sería el cuerpo del documento.
- Las firmas para formalizar el documento, que se realizan en el pie del documento.

2 Objetivos

- Estudiar las funciones que tiene el auxiliar administrativo para la confección y formalización de documentos en la sanidad.
- Precisar los criterios para presentar documentos médicos en el ámbito sanitario de manera adecuada.

3 Metodología

Para crear este capítulo, se ha tenido que realizar una búsqueda precisa de bibliografía. Se han revisado libros y artículos que aparecen en diferentes páginas web, así como algunas bases de datos entre ellas Medline y Scielo. Los criterios para la elección establecieron que era necesario que se publicaran en español o inglés.

4 Resultados

Siguiendo tanto la bibliografía que ha sido utilizada, como la normativa vigente, es esencial que el personal administrativo esté al tanto de lo que se expone a continuación para poder preparar o realizar los documentos oficiales de manera adecuada.

Si se expiden documentos con actos administrativos, se deberá demostrar y justificar, de manera informática o telemática, la autenticidad del emisor y esto se puede realizar a través de una firma o símbolo que lo garantice.

Otros documentos, en especial de contenido informativo, no es necesario formalizarlos, con que aparezca el autor sería suficiente.

A la hora de preparar documentos oficiales incluidas las formalidades (los destinatarios son ciudadanos) se prepara la partida con la siguiente información:

A. El nombre del documento, el tipo y su principal contenido y además el proceso en el que se inscribe.

B. La clave que ha sido asignada o número para que el expediente haya sido identificado. Todo esto para hacer más fácil la mención del ciudadano en la comunicación que es conducida por la administración.

En los documentos oficiales con medidas administrativas será necesaria la siguiente información:

1. El nombre de la actividad del titular de la autoridad administrativa encargada de expedir el documento; el nombre y el apellido de quien protocoliza el documento.
2. Cuando se implementen artículos acerca del régimen jurídico de la administración pública y procedimiento administrativo se realizará mediante otorgamiento de facultades. Esta situación será renovada haciendo constancia del nombre del trabajo de la persona que lo oficializa.
3. El lugar y la fecha de la formalización del documento.
4. O bien el nombre si es persona natural o bien la razón social si es persona jurídica privada o nombre de la sociedad o entidad.

5 Discusión-Conclusión

Entre las funciones principales del auxiliar administrativo está la de la tramitación administrativa de documentos, expedientes y comunicaciones internas y externas. Los documentos administrativos que se crean funcionan como comunicación principal con los ciudadanos por lo tanto es imprescindible demostrar profesionalidad a la hora de manejarlos.

Es esencial que el auxiliar administrativo esté al tanto de las funciones que debe tener para la confección y formalización de documentos en la sanidad de manera adecuada los cuales han sido explicados anteriormente y protegidos por la legislación y bibliografía vigente.

Además, es fundamental que conozca los criterios para poder presentar este tipo de documentos en el ámbito sanitario, así como conocer cuáles son los elementos que se necesitan a la hora de su elaboración. Estos documentos deben estar claros y ser expresados de forma precisa y coherente de manera que el destinatario del mensaje o documento sea capaz de entenderlo a la primera, con las palabras

justas y necesarias, sin necesidad de que existan repeticiones para evitar posibles errores de interpretación al leerlo.

Por último, es conveniente resaltar la importancia de la historia clínica y la evolución que ha tenido en los últimos años, realizándose de forma digital para una mayor facilidad a la hora de acceder tanto pacientes como profesionales.

6 Bibliografía

- <https://revistamedica.com/documentos-administrativos-trabajo-personal-centros-sanitarios/>
- <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-protocolos-clinicos-como-se-construyen-14307>
- <https://prezi.com/agbo6kmkxuvo/disenio-y-elaboracion-de-documentos-sanitarios/>
- https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000100008

Capítulo 516

EL MONTAJE DE LA MESA DE OPERACIONES POR EL CELADOR DE QUIRÓFANO

LIDIA LARA JAIME

ANA BELEN GARCIA-CERVIGON TORRIJOS

MARIA BERNARDA TORRES GARCIA-VALENCIANO

MARTIN ROMERO ANDUJAR

ELENA ROMERO ANDUJAR

1 Introducción

Una de las partes fundamentales dentro del proceso asistencial del paciente en cuanto a la intervención quirúrgica del mismo, es el quirófono, propiamente dicho. El quirófono se compone de varias zonas e instrumental variado, cada una y uno de los cuales con sus características y funcionalidad concreta.

Dentro de la sala del quirófono, uno de estos componentes, entre otros, es la mesa de operaciones o mesa de intervención, donde se colocará al paciente para la operación. La mesa de intervención tiene por lo tanto la función de colocar al paciente y en la posición correcta, según la zona corporal donde se va a realizar la acción quirúrgica, y también, cuando está el paciente en la mesa, es el momento de la anestesia.

La mesa de operaciones suele ser de acero inoxidable, no transpirable y de fácil movilización, suelen llevar un mando eléctrico, a la cual se le puede ir añadiendo accesorios que sean necesarios para la posición correcta del paciente. La mesa consiste en una tabla rectangular, dividida en segmentos, suelen ser cuatro, dos para los brazos y dos para las piernas, y permite la transformación de la misma, según convenga.

Los accesorios que se le pueden colocar a la mesa de operaciones suelen ser variados, y en este capítulo se van a describir cómo son y las acciones que realiza el celador de quirófano en su colocación.

2 Objetivos

- Describir cómo es una mesa de operaciones y los accesorios que pueden acoplarse.
- Enumerar las acciones que el celador realiza en el montaje de los accesorios a la mesa de operaciones.

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

El celador de quirófano para montar la mesa de operaciones podrá añadir los siguientes accesorios:

- Apoyabrazos o braceros. El celador ancla a la altura de la mesa los apoyabrazos, donde serán colocados los brazos abiertos del paciente, nunca se podrán colocar por encima de la altura de los hombros, y servirá para la comodidad del paciente y la colocación de la vía intravenosa, por donde circulará la anestesia, si se inyecta en bolo, así como para evitar la rotación de los mismos.

En estos apoyabrazos, el celador, podrá colocar correas de sujeción, para los hombros, muñecas y el propio brazo, para inmovilizar dichos miembros durante la

intervención. Las correas de sujeción también serán colocadas en el torax del paciente y a la altura de las caderas, sujetas a la cama de operaciones, para evitar los movimientos incontrolados del paciente durante la intervención quirúrgica.

-Perneras o musleras. El celador en los miembros inferiores, podrá colocar y ajustar las perneras. Son accesorios que permiten la sujeción de las piernas del paciente, sin restarle movilidad angular, es decir, la mesa de operaciones puede moverse en su cuadrante inferior hacia los laterales.

Sobre estas perneras, las correas de sujeción serán colocadas a la altura de los muslos, rodillas y tobillos, en caso necesario estas últimas, para tener inmobilizado los miembros del paciente.

-Reposa o apoya pies metálicos. En la zona inferior de la mesa de operaciones, el celador coloca, este instrumento, que va anclado a la mesa de operaciones, y que consiste en un instrumento vertical, pequeño, rectangular, que servirá para que el paciente apoye la planta de los pies, necesario en algunas intervenciones.

-Arco de anestesia. El arco de anestesia consiste en un arco que el celador coloca en la cabecera de la mesa de operaciones, anclado a la misma, para delimitar la zona estéril de la no estéril del paciente, es decir, separar la cara y cráneo del manejo del anestesista que está siempre colocado en esa posición de la cabecera.

-Acorchamientos. Son instrumentos que el celador utiliza para elevar ciertas partes del cuerpo del paciente, en ciertas intervenciones para posicionarlo correctamente, por ejemplo, el celador coloca el trineo que eleva la zona lumbar del paciente.

Existen otros muchos accesorios, por ejemplo, los accesorios que pueden sustituir a las partes móviles de la mesa de operaciones, transformando la mesa totalmente, en ciertas operaciones, que no son tan frecuentes.

5 Discusión-Conclusión

El celador de quirófano conoce los componentes de la mesa de operaciones para su correcto montaje y colocación posicional del paciente. La práctica es que el celador monta todos los accesorios que le son demandados por los cirujanos, traumatólogos y cualquier especialista que participe en la intervención, aunque en la teoría, el profesional encargado de montar la mesa de operaciones, antes que se inicie la acción quirúrgica, es la enfermera instrumentista. Entonces ¿por qué es el celador el que monta la mesa de operaciones en realidad? La enfermera instrumentista es un profesional que siempre debe estar estéril, y por esta circunstancia se produce tal situación.

6 Bibliografía

1. La mesa de quirófano. Disponible en: <https://www.quirofano.net>
2. Funciones del celador en el quirófano de traumatología. Disponible en: <https://congresosicepa.com>
3. Funciones del celador en quirófano. Disponible en: <https://revistamedica.com>

Capítulo 517

FUNCIONES DEL CELADOR DE BLANCO EN QUIRÓFANO

LIDIA LARA JAIME

ANA BELEN GARCIA-CERVIGON TORRIJOS

MARIA BERNARDA TORRES GARCIA-VALENCIANO

MARTIN ROMERO ANDUJAR

ELENA ROMERO ANDUJAR

1 Introducción

El equipo humano que conforma el quirófano como el lugar físico donde tiene lugar las operaciones e intervenciones quirúrgicas, está conformado, por el personal facultativo, cirujano u otro especialista, el anestesista, y cualquier otro que tenga relación con la operación que se va a realizar.

También se encuentra el personal de enfermería, las enfermeras, la enfermera instrumentista y la enfermera circulante, además del auxiliar de enfermería, y entre el personal de gestión y servicios, el celador de quirófano, con sus funciones de asistencia y colaboración dentro del quirófano.

Todo este personal son los protagonistas de la intervención quirúrgica, dentro del quirófano, con los roles y funciones que cada uno tiene asignadas, según su categoría y profesión. Este equipo humano funciona como las agujas de un reloj, lo que produce, que las operaciones se realicen con un resultado positivo y con un porcentaje muy elevado de éxito.

Este personal puede distinguirse en el servicio de quirófano, además, de sus tarjetas identificativas, porque el vestuario que usan, suele ser de color verde o azul, distinción realizada, para que el propio personal, sea señalado como de este servicio, y porque los colores verde y azul, esconden o disimulan mejor las posibles salpicaduras y manchas de sangre.

Pero en este equipo, existe otra figura, la del celador de blanco, cuya ubicación se sitúa fuera del quirófano, y cuyas funciones son de apoyo y asistencia ante la necesidad de cualquier objeto, aparato o medicación que pueda necesitarse dentro del quirófano y no se tiene al alcance.

2 Objetivos

- Describir el equipo humano que existe dentro del quirófano.
- Conocer las funciones que el celador de blanco realiza en el quirófano.

3 Metodología

Para el desarrollo de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda de información exhaustiva en diferentes buscadores, como por ejemplo Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet, revistas científicas, libros y capítulos científico-sanitarios, con el fin de obtener la mayor información y veracidad de los resultados expuestos en dicho trabajo.

4 Resultados

El celador de blanco tiene su localización en el estar de enfermería, es decir, donde descansa el personal del servicio de quirófano cuando no está dentro del mismo. Esta zona se considera zona gris, es decir no estéril, donde además se visualiza el acceso desde el interior del hospital, para que acceda el personal a dejar a los pacientes.

El celador de blanco, siempre, va en busca de los primeros pacientes que tienen que ser intervenidos. Con la agenda del día en mano, se dirige a las unidades hospitalarias donde se encuentran los primeros quirófanos, es decir, aquellos pacientes que tienen la intervención programada a primera hora, los recoge, en su propia cama, y realiza el traslado hasta la zona del antequirófano, avisando de su llegada a los compañeros, que harán el intercambio en una camilla, para su introducción en el número de quirófano asignado.

El celador de blanco está en posesión de un teléfono busca donde recibe las llamadas para los diferentes encargos del personal estéril del quirófano. Estas llamadas pueden ser para que el celador de blanco recoja alguna medicación necesaria en un momento de la intervención porque la haya demandado el cirujano o el anestesta. La labor del celador en este caso, será ir inmediatamente a recoger el medicamento, que entregará al celador de verde del quirófano que lo espera en la entrada del pasillo limpio.

Otra de las funciones del celador de blanco es la retirada del servicio de esterilización de cualquier instrumental, una vez ya esterilizado, así como de la recogida de paños verdes esteriles, de diversos tamaños, tan necesarios en las intervenciones de los pacientes.

La recogida de los pedidos extraordinarios de almacén son recogidos por el celador de blanco, que provista de un carrito los retirará del mismo y los colocará en el almacén del quirófano, y clasificado. Este material son hilos y agujas para suturas de diferentes calibres, gasas, torundas, etc., material que se ha gastado y necesita reponerse inmediatamente.

Los carros de la ropa sucia y utilizada en el servicio de quirófano va metida en bolsas señalizadas y colocadas en carros, y estos son transportados por el celador de blanco al servicio de lencería, donde, lo dejará y reportará otros carros vacíos para su ulterior uso.

5 Discusión-Conclusión

Como reflexión del capítulo realizado, puede afirmarse, que aunque, el celador de blanco, no tenga contacto con el paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente, ni con el equipo de profesionales que intervienen en la operación, su trabajo es fundamental para que la operación pueda realizarse sin contratiempos y sin la ausencia de ningún material ni medicación que pudiera necesitarse.

Actualmente, el puesto que ocupa el celador de blanco, está en vías de desaparición, puesto que en muchos centros hospitalarios, en las unidades o servicios especiales, existen unos mecanismos neumáticos que conectan dichas unidades, como la UCI, paritorio, REA, quirófano, con el servicio de farmacia y la necesidad de una medicación urgente, se puede tramitar a través de este mecanismo.

6 Bibliografía

1. Funciones del celador en quirófano. Disponible en: <https://revistamedica.com>

2. Funciones celadores en quirófano. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com>
3. Manual acogida celadores. Disponible en: <https://sanjuan.san.gva.es>

Capítulo 518

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD HOSPITALARIA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

LIDIA LARA JAIME

ANA BELEN GARCIA-CERVIGON TORRIJOS

MARIA BERNARDA TORRES GARCIA-VALENCIANO

MARTIN ROMERO ANDUJAR

ELENA ROMERO ANDUJAR

1 Introducción

La unidad hospitalaria de cirugía ortopédica y traumatología es una unidad integrante del servicio de cirugía ortopédica y traumatología del centro hospitalario, donde también están, las unidades de consultas, las unidades de quirófano y las unidades de rehabilitación, encargadas de lograr que el paciente se recupere de las intervenciones sometidas y la normalidad del sistema locomotor del cuerpo. La unidad hospitalaria de cirugía ortopédica y traumatología es la encargada de atender a los pacientes intervenidos en el quirófano del servicio, aplicando la asistencia a los mismos después del postoperatorio, del ingreso de los pacientes programados para su intervención, y de los ingresos que pudieran producirse de manera urgente, desde el servicio de las urgencias hospitalarias, siempre con las máximas garantías para la salud de los mismos.

Por lo tanto, los pacientes ingresados en la unidad, son preparados para la operación a la que serán sometidos, ya sean programados o de urgencias, y de ofrecer los cuidados después de la misma, con la más alta profesionalidad del equipo que conforma la planta y con los medios y técnicas más avanzadas.

En este equipo profesional, formado por cirujanos, traumatólogos, enfermeras, auxiliares administrativos, también aparece el celador, con unas funciones concretas que son las que se van a desarrollar en este trabajo.

2 Objetivos

-Describir la funcionalidad de la unidad de hospitalización de cirugía ortopédica y traumatología.

-Enumerar las funciones que el celador realiza en la unidad de hospitalización de cirugía ortopédica y traumatología.

3 Metodología

Para el desarrollo de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda de información exhaustiva en diferentes buscadores, como por ejemplo Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet, revistas científicas, libros y capítulos científico-sanitarios, con el fin de obtener la mayor información y veracidad de los resultados expuestos en dicho trabajo.

4 Resultados

Las funciones del celador de la unidad de cirugía ortopédica y traumatología son las siguientes:

-Realización del ingreso hospitalario del paciente.

Los ingresos se han mencionado que pueden ser programados, el paciente acude a su cita en día y la hora señalada, y en admisión general, le realizan el ingreso administrativo, donde tiene que firmar una serie de documentos. El celador de la unidad baja a admisión, recoge, las historias clínicas de los pacientes y los nombra, uno por uno, dirigiéndose con el grupo hasta la unidad, donde les va introduciendo en la habitación asignada a cada uno.

Cuando el ingreso procede del servicio de las urgencias hospitalarias, el celador baja hasta la unidad donde está ubicado el paciente, y lo sube, en silla o en cama,

hasta la habitación, que desde el servicio de admisión de urgencias le han asignado, colocando al paciente en su habitación y avisando al personal sanitario de su llegada.

-Traslado del paciente hasta el quirófano.

El celador de la unidad lleva a los pacientes programados de intervención hasta el quirófano del servicio. Antes de realizar el traslado, pregunta, si el paciente está preparado para ser trasladado, ya que tiene que estar desnudo, con el paño verde estéril por encima del torso, y quitados todos los sueros y mecanismos que pudiera tener.

Cuando el paciente se ha recuperado de la operación en la sala de reanimación, el celador vuelve a realizar el traslado, hasta su habitación, avisando de su llegada, de nuevo, al personal sanitario encargado de la atención del mismo.

-Colaboración con el personal sanitario en la atención y cuidados del paciente.

El celador colabora con el auxiliar de enfermería en los aseos diarios a los pacientes que tienen una movilidad reducida, casi todos después del postoperatorio, realizando los cambios y movimientos posturales que el personal sanitario le indica.

En las curas ayuda a la enfermera en la movilización del paciente, realizando los movimientos y maniobras que la misma le indica.

-Recoge los pedidos de farmacia y del almacén.

El celador traslada los pedidos realizados desde la unidad al servicio de farmacia, colocando, la medicación, que necesita frío, en la nevera de la unidad, siempre avisando al personal sanitario de su llegada y ubicación.

La misma tarea realiza con los pedidos del almacén, colocándolos en el lugar apropiado del almacén de la unidad.

5 Discusión-Conclusión

El desarrollo del capítulo pone de manifiesto la importancia de la labor del celador en la unidad, tareas que realiza con la profesionalidad que le caracteriza, y que son fundamentales para que el servicio entero funcione con normalidad y adaptación a los planes generales del centro hospitalario, calidad y máxima garantía para la salud de los pacientes.

Queda poner de relieve, la falta de personal en cuanto al celador se refiere, se ha señalado una gran cantidad de funciones, que realiza un solo celador en la unidad, y la incorporación de personal en la categoría de celador, ayudaría a descargar el esfuerzo realizado en estas funciones.

6 Bibliografía

1. Unidad de cirugía ortopédica y traumatología. Disponible en: <https://hospitaluniversitariodetoledo.es>
2. Funciones del celador en una planta de hospitalización. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigación.com>
3. Funciones del celador en las distintas áreas y servicios. Disponible en: <https://www.auxiliar-enfermeria.com>

Capítulo 519

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO COMO ENLACE ENTRE PACIENTES Y FACTURACIÓN EN UN HOSPITAL

VERÓNICA MURILLO BEJARANO

LAURA DOMÍNGUEZ ALONSO

PALOMA SÁNCHEZ GARCÍA

YOLANDA JIMENEZ CARMONA

ENRIQUE ÁNGEL CARMONA GARRIDO

1 Introducción

La facturación en un hospital desempeña un papel fundamental en la gestión financiera y operativa de la institución. La facturación es una fuente principal de ingresos para los hospitales. Permite cobrar por los servicios médicos prestados a los pacientes, lo que a su vez financia la operación continua del hospital, incluyendo la contratación de personal, la adquisición de equipos médicos y la mejora de las instalaciones.

Un sistema de facturación eficiente contribuye a la sostenibilidad financiera del hospital. Asegura que se reciban los pagos adecuados y a tiempo por los servicios médicos, lo que evita la falta de recursos para el funcionamiento diario. La facturación implica el registro detallado de cada servicio proporcionado a los pacientes, lo que crea un rastro de datos valiosos. Estos datos pueden utilizarse para

analizar el rendimiento del hospital, evaluar la demanda de servicios, identificar tendencias de salud y apoyar la toma de decisiones estratégicas (1).

Los hospitales deben cumplir con regulaciones y estándares gubernamentales y de la industria en lo que respecta a la facturación. Esto incluye la facturación precisa y transparente, así como la protección de la privacidad de los datos de los pacientes, como se establece en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) en los Estados Unidos. El no cumplimiento puede resultar en sanciones legales y financieras.

Un proceso de facturación bien diseñado y automatizado puede mejorar la eficiencia operativa del hospital. Reduce la necesidad de tareas manuales repetitivas, minimiza los errores y acelera el ciclo de ingresos. Una facturación clara y comprensible es crucial para la satisfacción del paciente. Los pacientes deben comprender qué servicios se les están cobrando y cómo se calculan los costos. Un sistema de facturación transparente y un personal capacitado en atención al cliente pueden ayudar a abordar las preguntas y preocupaciones de los pacientes.

2 Objetivos

- Explicar las actividades relevantes que debe realizar un auxiliar administrativo en la gestión de pacientes en el departamento de admisión de un hospital.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica existente. Se realizó una búsqueda sistemática exhaustiva de libros, así como una revisión de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Google académico, mediante la selección de artículos científicos de publicaciones científicas arbitradas.

4 Resultados

El papel del auxiliar administrativo en un hospital es crucial para asegurar una comunicación eficiente entre los pacientes y el departamento de facturación. El auxiliar administrativo puede recibir a los pacientes que llegan al hospital, registrar su información personal y de seguro médico, y asegurarse de que tengan citas programadas o se dirijan al lugar correcto para recibir atención médica. Es importante que el auxiliar administrativo verifique y confirme la información

de seguro médico de los pacientes para garantizar que esté actualizada y que el hospital pueda facturar correctamente los servicios prestados.

El auxiliar administrativo puede informar a los pacientes sobre los procedimientos de facturación, los costos asociados con los servicios médicos y las opciones de pago disponibles. También puede responder preguntas y aclarar dudas sobre el proceso de facturación. Los pacientes a menudo deben proporcionar documentación médica y financiera relevante, como historiales médicos, formularios de autorización y comprobantes de seguro. El auxiliar administrativo puede recopilar y organizar estos documentos para su procesamiento (2).

El auxiliar administrativo sirve como intermediario entre los pacientes y el departamento de facturación. Debe transmitir información precisa y completa sobre los servicios prestados a los pacientes para que se genere una factura precisa. Si los pacientes tienen problemas o disputas relacionadas con sus facturas médicas, el auxiliar administrativo puede ayudar a resolver estas cuestiones, actuar como mediador y proporcionar orientación sobre cómo proceder. El auxiliar administrativo puede informar a los pacientes sobre programas de asistencia financiera, descuentos o planes de pago que el hospital pueda ofrecer para ayudar a aquellos que enfrentan dificultades para pagar sus facturas médicas. Es fundamental que el auxiliar administrativo maneje la información médica y financiera de los pacientes de manera confidencial y cumpla con las regulaciones de privacidad de datos, como la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) (3).

Por último, el auxiliar administrativo desempeña un papel esencial como enlace entre los pacientes y el departamento de facturación en un hospital, facilitando una comunicación efectiva y garantizando que el proceso de facturación sea preciso y comprensible para los pacientes. Su labor contribuye a una experiencia más fluida y satisfactoria para los pacientes en el sistema de atención médica.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del auxiliar administrativo como enlace entre pacientes y facturación en un hospital es de gran importancia para garantizar una gestión eficiente y efectiva de los servicios médicos. Actúa como un puente esencial que facilita la comunicación y la coordinación entre los pacientes y el departamento de facturación. Algunas de las principales funciones y responsabilidades de este rol incluyen recibir a los pacientes, verificar la información de seguro, explicar los procedimientos de facturación, recopilar documentación relevante y resolver problemas relacionados con la facturación.

El auxiliar administrativo desempeña un papel crucial en la experiencia general de los pacientes, ya que puede ayudar a aclarar dudas, ofrecer información sobre opciones de pago y garantizar que la facturación sea precisa y transparente. Además, contribuye a la sostenibilidad financiera del hospital al garantizar que se cobren los servicios prestados de manera adecuada y oportuna.

En resumen, el auxiliar administrativo como enlace desempeña un papel esencial en la operación eficiente y la satisfacción de los pacientes en un entorno hospitalario, al tiempo que garantiza que el hospital cumpla con las regulaciones y los estándares de facturación necesarios para su funcionamiento y sostenibilidad.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-salud-admision-documentacion-clinica/>.
2. <https://revistamedica.com/competencias-profesionales-administrativo-archivo-hospitalario/>.
3. <https://lacentrifugadora.es/funciones-de-un-auxiliar-administrativo-en-un-hospital/>.

Capítulo 520

EL USO DE LAS POSICIONES ANATÓMICAS EN EL PACIENTE Y EL CELADOR

MARÍA DEL CARMEN RODRÍGUEZ MIRANDA

1 Introducción

Un paciente encamado es aquella persona que por varios motivos (estado de inconsciencia, traumatismos, situación terminal, u otras patologías) no puede moverse, o tiene una movilidad reducida y por ello debe permanecer en la cama todo el tiempo que dure el motivo que lo llevó a este estado.

Por ello este tipo de pacientes requieren de una atención especializada y continuada, tanto a nivel físico como psicológico. Los profesionales sanitarios y no sanitarios (el celador) son los encargados de realizar estos cuidados cuando el paciente está ingresado en un centro hospitalario.

Dentro de las funciones del celador en un hospital, están el traslado de enfermos y la participación junto con el resto de profesionales en la movilización de los pacientes. Estas movilizaciones deben realizarse siguiendo una serie de normas creadas principalmente para disminuir los riesgos y favorecer la comodidad y el bienestar del paciente.

Un cambio postural es cuando hacemos un cambio de la postura corporal del paciente encamado para evitar ciertas patologías o lesiones que pueden producirse a causa de la inmovilidad. Ya que este no deberá nunca de estar en la misma posición durante más de 3 horas seguidas.

Para ello es importante que el celador conozca las posiciones anatómicas básicas y la realización de los cambios posturales más frecuentes que facilitan la exploración y el tratamiento. Prestando especial atención a la seguridad, tanto para el paciente como para sí mismo.

En este capítulo repasaremos las diferentes posiciones anatómicas que el celador debe conocer para realizar correctamente su trabajo.

2 Objetivos

- Conocer las posiciones anatómicas básicas.
- Conocer algunas cuestiones básicas relacionadas con el uso de las posiciones corporales más frecuentes para la movilización 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 relacionados con el tema en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio. Usando palabras clave como: CELADOR, POSTURAS ANATÓMICAS Y HOSPITAL.

4 Resultados

El celador es junto al personal sanitario TCAE el encargado de realizar las movilizaciones que precise el paciente para realizar cambios posturales, durante La higiene del paciente, cambio de pañal, movilizaciones etc.

Estas movilizaciones, deben realizarse siguiendo una serie de normas creadas principalmente para disminuir los riesgos y favorecer la comodidad y el bienestar del paciente. Para ello es importante que el celador conozca las posiciones anatómicas básicas y la realización de los cambios posturales más frecuentes que facilitan la exploración y el tratamiento.

El celador teniendo en cuenta la gravedad de las lesiones o del estado del paciente, debe de seguir en todo momento las instrucciones de sus superiores de cómo

realizar los cambios posturales, o colocar al enfermo en las diferentes posiciones anatómicas.

Principales posiciones anatómicas:

- DECÚBITO SUPINO O DORSAL:

En esta posición el paciente se sitúa acostado y la parte posterior del cuerpo (la espalda) está en contacto con la superficie de apoyo. Es la posición más utilizada y normalmente se usa en intervenciones quirúrgicas.

- DECÚBITO PRONO O VENTRAL:

El paciente se posiciona boca abajo, acostado sobre su pecho y con la cabeza ladeada.

- DECÚBITO LATERAL:

El paciente se apoya sobre un lateral, izquierdo o derecho, con la extremidad superior e inferior ligeramente flexionadas. El cuello se encuentra en una posición neutra con respecto al tronco.

- POSICIÓN DE SIMS O DE SEMIPRONO:

Es una posición entre decúbito lateral y decúbito prono. Se utiliza en pacientes inconscientes, facilita la eliminación de secreciones y previene posibles obstrucciones de la vía aérea. Se usa también para la administración de enemas y para realizar exploraciones rectales.

- POSICIÓN DE FOWLER:

En esta posición el paciente está sentado en la cama con una inclinación del cabecero de 45°, esta posición es la adecuada para alimentar al paciente, mejora la respiración y la administración de alimentos por SNG.

- POSICIÓN DE ROSER:

Posición de decúbito supino con la cabeza colgando por el borde de la cama. Se utiliza para realizar la higiene del cabello del paciente y para la intubación de un paciente inconsciente.

- POSICIÓN GINECOLÓGICA O DE LITOTOMÍA:

El paciente está en decúbito supino con el glúteo sobre la camilla (o mesa de exploración) y al borde de la camilla, y las extremidades inferiores separadas y flexionadas. Pueden usarse perneras para mantener la posición. Se usa durante el parto y para exploraciones ginecológicas.

- POSICIÓN DE TRENDELEMBURG:

El paciente está en decúbito supino con el cabecero a 30 o 45 grados, la cabeza se encuentra por debajo de los pies. Favorece el drenaje postural e incrementa el riego sanguíneo.

- POSICIÓN GENUPECTORAL:

El paciente está de espaldas, con las piernas flexionadas y la cabeza apoyada en los brazos. Se usa para tratamientos de recto.

5 Discusión-Conclusión

El celador es junto al personal sanitario TCAE el encargado de realizar las movilizaciones que precise el paciente para realizar cambios posturales, durante La higiene del paciente, cambio de pañal, movilizaciones etc. Estas movilizaciones deben realizarse siguiendo una serie de normas creadas principalmente para disminuir los riesgos y favorecer la comodidad y el bienestar del paciente. Para ello es importante que el celador conozca las posiciones anatómicas básicas y la realización de los cambios posturales más frecuentes que facilitan la exploración y el tratamiento.

El celador teniendo en cuenta la gravedad de las lesiones o del estado del paciente, debe de seguir en todo momento las instrucciones de sus superiores de cómo realizar los cambios posturales, o colocar al enfermo en las diferentes posiciones anatómicas.

6 Bibliografía

1. <http://celadoresonline.blogspot.com>›Resultados web Test 40. Posiciones Anatómicas - 1 - Celadores Online Blog
2. <https://m.youtube.com>
› watch Posiciones anatómicas del paciente
3. <http://www.auxiliar-enfermeria.com>›Test de Celadores N.º 130 - Posiciones Anatómicas y Posturas Corporales - II

Capítulo 521

EL PAPEL DEL CELADOR EN EL INGRESO DE LOS NIÑOS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

CARLOS TORRES ATIENZA

MANUEL SANTIAGO SANCHEZ-VALDEPEÑAS MARTIN-
GIL

JAVIER GUTIÉRREZ VELASCO

CARLOS ANDRÉS ESPINOZA GONZALEZ

VÍCTOR DEL RIO MONTES

1 Introducción

Además de crear el cargo de Defensor del Menor, el Parlamento Europeo proclamó la Carta de los Derechos del Niño en 1992. Para su implementación, tanto en las instituciones como en las comunidades en general, ambas sirven como modelos y marcos de referencia. De esta carta en defensa de los derechos del niño, tomamos nota y entendemos que serán los siguientes: la prevención y evitación del ingreso del niño siempre que sea posible; el derecho de sus padres a presenciar el acto de acompañarlo; el derecho a información sobre su edad y comprensión de su desarrollo mental; el derecho a rechazar cualquier asistencia o prueba; y el derecho a la propia identidad.

Cuando un niño debe ser hospitalizado debido a una enfermedad, afecta significativamente tanto la experiencia del niño como la de sus padres u otros miembros de la familia.

Cuando un niño es ingresado en un centro hospitalario y tiene dificultades para adaptarse a su nuevo entorno, esto puede tener un impacto negativo.

La idea de población infantil y de infancia está cada vez más conectada con la idea del entorno del niño, incluidas la historia y la cultura de ese entorno en el que se desenvuelve el niño.

2 Objetivos

-Hacer hincapié en el papel fundamental del celador que estará al tanto de las normas relativas a la comodidad y seguridad del niño mientras permanezca ingresado en el centro sanitario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Según la evidencia derivada de la práctica clínica y asistencial, podemos comprobar que la respuesta y asimilación del paciente al ingreso comparten determinadas características. Los niños que están enfermos construirán sus bases sobre el entretenimiento y la diversión, y esto se reflejará en su bienestar y se verá en la forma en que su estado de ánimo tiende a mejorar.

Se presentarán dos tipos diferentes de entretenimiento:

Dado que el juego es la ocupación principal del niño y es necesario para su propio desarrollo y evolución, el tema principal de la distracción interactiva será el juego activo. Por ello, el proceso de la enfermedad no debe interrumpir bruscamente las actividades de juego porque esto ayudará al niño a asimilar y adaptarse mejor a su enfermedad y a su estancia en el hospital. Con narraciones, musicoterapia, proyecciones o películas, podemos encontrar un entretenimiento un poco más

tenue en las aulas de los hospitales. Pérdida de juegos o actividades típicas que un niño habría realizado como entretenimiento cuando aparece repentinamente una enfermedad estable en la infancia. Leer en voz alta a los niños es una buena idea para que se interesen en las historias, y la musicoterapia puede ayudar a las personas a relajarse y aliviar el estrés y la ansiedad, así como a mejorar sus signos vitales y atenuar su percepción del dolor.

Quienes parecen ser los cuidadores del niño al pasar más tiempo con él son los padres, tutores o familiares, pero según los hallazgos de la investigación, lo que más importa para el niño es la figura materna, ya que los niños se sienten seguros y bien protegidos a través de sus madres en circunstancias que están más allá de su comprensión.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos ver, la conclusión y opinión se basan en diversas evidencias y se confirman a través de la práctica clínica. El ingreso de un niño en el hospital requiere no solo el tratamiento de la enfermedad física sino también el cuidado de los sentimientos y emociones, tanto del niño como de sus padres o familiares. El niño no debe percibir el hospital como un entorno hostil lleno de sufrimiento y dolor; más bien, puede verse como un lugar donde el niño interactúa y continúa su proceso de desarrollo típico gracias al tiempo de ocio y entretenimiento.

Los profesionales de la salud deben fomentar y apoyar la ayuda y el apoyo de la familia para satisfacer sus necesidades y producir resultados positivos.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/celador-papel-paciente-pediatrico>

Capítulo 522

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LAS CONSULTAS EXTERNAS.

MARÍA PAZ JIMÉNEZ ROJAS

MARÍA JOSÉ CARAVACA DÍAZ

MIGUEL ÁNGEL CIFUENTES GALINDO

JENIFER CONDE VALENCIA

LOURDES ANGEL ANGEL

1 Introducción

El auxiliar administrativo es una parte vital e importante del sistema médico que gestiona el ingreso y la documentación clínica para el servicio ambulatorio.

En los hospitales y otros establecimientos especializados de la zona, el auxiliar administrativo es el encargado de programar el acceso a la atención médica de los pacientes y usuarios que acuden a él. También cubre consultas ambulatorias, hospitales de día y procedimientos diagnóstico-terapéuticos que requieran una planificación previa.

No debemos asumir que tener un auxiliar administrativo es innecesario, aunque su trabajo pueda parecer bastante sencillo. Debido a que afectan directa e indirectamente la forma en que se organiza internamente el centro, las funciones de un auxiliar administrativo son extremadamente importantes.

Para evitar problemas en el futuro, se deben completar correctamente una variedad de tareas administrativas. Un auxiliar administrativo debe estar bien or-

ganizado para poder completar correctamente las tareas dentro de su ámbito de responsabilidad.

También podemos enumerar responsabilidades adicionales que el auxiliar administrativo realiza habitualmente y lo hace dentro del servicio ambulatorio, como redactar los documentos, ofrecer apoyo administrativo, procesar los expedientes, procesar los datos informáticos, atender llamadas, organizar los archivos y ofrecer apoyo material u operaciones matemáticas que no requieren recuentos extraordinariamente grandes o complejos.

2 Objetivos

El objetivo principal de esta asignación es describir las tareas que realiza un auxiliar administrativo en el departamento de consultas externas.

3 Metodología

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

4 Resultados

Uno de los roles fundamentales del auxiliar administrativo en la administración sanitaria se encuentra es la gestión de citas a través de la programación en agendas digitales, permitiendo realizar cálculos en tiempo real en base a los datos de demanda disponibles. Debido a esto y a la complejidad de este proceso, la agenda que el administrador debe supervisar y poder utilizar se estructura de la siguiente manera.

- Calendarios de eventos y reuniones.
- Hay un médico en el horario.
- Ubicación geográfica del local.
- Tipos de beneficios, así como los tipos de beneficios específicos.
- Una lista de usuarios con acceso a la programación.

Su actualización periódica es crucial porque reorganiza dinámicamente todo el calendario de citas y actividades en función de la información recién recibida

(nuevas solicitudes, cancelaciones de citas).

Por otro lado, durante los horarios de cita, este profesional también deberá regular estrictamente las solicitudes de asistencia médica. Para determinar si la reclamación procede a la luz de los servicios que ofrece el centro o, en su caso, el SNS, deberá examinar la reclamación. Los campos: siempre deben mencionarse al ingresar estos datos.

- Información de identificación del paciente.
- Especialidad que se solicitó.
- El tipo de ayuda solicitada.
- Relevancia clínica.
- La fuente de financiación.
- Qué tan rápido se manejó la solicitud.

Tras este registro, la solicitud será evaluada y aprobada, procediéndose a asignar día y hora el primer día y hora que estén disponibles en el calendario. Luego, el paciente recibirá un documento con los detalles de la cita (día, hora, año y lugar). La misma cita se integra en la historia clínica central del centro y puede, si es necesario, transferirse a niveles superiores.

El auxiliar administrativo en un centro de salud también realiza las siguientes funciones adicionales, que son igualmente importantes:

- Difusión de la actividad programada: Se envía a los servicios el tipo de servicio, el horario diario de pacientes programados y otra información. El número de pacientes en fila para atención ambulatoria, así como los retrasos actuales provocados por la disponibilidad y el horario, se informan a la gerencia y a los responsables de los servicios.
- Registro de actividades: Cada centro de atención lleva un registro de sus actividades diarias, así como del lugar de descanso final de los pacientes tratados.
- Coordinación del proceso asistencial dentro de la organización: Para crear y mejorar los procesos de cita, los distintos niveles asistenciales de la región trabajan en conjunto con otros centros de referencia.
- Los pacientes y sus familias están informados sobre todos los aspectos administrativos de la atención médica, incluido el funcionamiento de los servicios, procedimientos y circuitos de acceso.
- Los departamentos del hospital trabajan juntos para coordinar actividades para que las unidades de salud reciban el apoyo operativo necesario.
- Se identifican y se les da máxima prioridad al acceso de los pacientes a la atención ambulatoria, fomentando medidas proactivas en cooperación con los servicios interesados.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo es responsable de programar y controlar el acceso a la atención médica, gestionar las consultas ambulatorias y priorizar la programación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos necesarios.

La capacitación de auxiliar administrativo es esencial y extremadamente importante para garantizar que toda la documentación se presente de manera legal y segura. Por ejemplo, el historial médico de un paciente solo se introducirá ocasionalmente, se requiere por motivos profesionales; de no hacerlo será notificado y sancionado. El uso de registros médicos digitales ha provocado un aumento de la negligencia, lo que hace crucial una mayor vigilancia en esta área como resultado del acceso no autorizado a la información privada de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Cotanda, F. L. (1998). Manual de administración y gestión sanitaria.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 523

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU FUNCIÓN EN EL CONTROL DE LOS SUMINISTROS SANITARIOS.

MARÍA PAZ JIMÉNEZ ROJAS

MIGUEL ÁNGEL CIFUENTES GALINDO

JENIFER CONDE VALENCIA

MARÍA JOSÉ CARAVACA DÍAZ

LOURDES ANGEL ANGEL

1 Introducción

Las funciones del auxiliar administrativo son más que necesarias para el funcionamiento eficaz y adecuado de este departamento y desempeñan un papel importante en el departamento de compras y suministros de varios pasos y en la producción general de la tienda. Adquirir, trasladar y almacenar los recursos materiales que requieren los hospitales y establecimientos de salud son funciones de los servicios de abastecimiento hospitalario y del propio auxiliar administrativo que trabaja en un hospital. El personal y la organización del hospital serán los encargados de estas necesidades esenciales, que son imprescindibles para que todo sea, y pueden considerarse un componente clave en todas estas tareas funciona como se esperaba.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es describir el servicio de abastecimiento hospitalario, así como las responsabilidades del auxiliar administrativo dentro del mismo departamento de suministros de un hospital.

3 Metodología

Para escribir este capítulo, se realizó una búsqueda exhaustiva de libros, así como la consulta de artículos de las principales bases de datos y varias revistas académicas artículos científicos utilizando motores de búsqueda como Google usando palabras claves como auxiliar administrativo en suministros.

4 Resultados

Como resultado de la reciente digitalización de esta industria, se puede decir que el personal administrativo y los auxiliares administrativos ahora juegan un papel crucial en la organización y gestión del sistema de salud y sobre todo en suministros. Este adecuado funcionamiento requiere capacidad de pago de los servicios de salud, cuyo objetivo principal es brindar una mejor atención al paciente. Para ello es necesario disponer de un servicio de suministro con almacén y departamentos de compras.

La planificación es necesaria para garantizar que todo se obtiene, así como para lograr el mayor ahorro de costes, manteniendo el más alto nivel de calidad. Estos administradores y auxiliares administrativos que trabajan. Serán los encargados de que todo llegue de forma adecuada dentro de un centro hospitalario para la contratación de bienes y servicios dentro de la división de compras. En consecuencia, el departamento de compras desempeña las siguientes funciones:

- Los proveedores habituales o el lanzamiento de nuevos productos presentan ofertas. Después de eso, se examinan estas ofertas y cotizaciones.
- Se comunica al proveedor la aceptación o no de la oferta una vez cumplidos los requisitos antes mencionados.
- La compra se considerará autorizada una vez haya sido aprobada por la Junta de Compras del hospital.
- Se envían órdenes de compra a proveedores cuando es necesario. Gestión se simplifica enormemente cuando cada producto tiene un código distinto.
- Los pedidos están sujetos a un plazo de entrega y se informan entregas tardías.
- En el almacén se realizan las siguientes tareas:.

- Recepción de producto.
 - Realizar los pedidos solicitados y distribuirlos posteriormente.
 - Se realiza gestión de inventarios, controles de calidad y stocks.
- Debe haber suficientes hospitales e instalaciones médicas para brindar atención a los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo tiene un peso extra a la hora de garantizar un buen suministro porque es el encargado de gestionar el papeleo que da lugar a los pedidos de suministro y, entre otras cosas, determinar si hay errores en la mercancía recibida. Dado que todos los productos están informatizados, buscarlos y almacenarlos es mucho más fácil. La coordinación y el trabajo en equipo eficaz entre todo el personal de suministros y sus secciones son cruciales y esenciales para brindar a los pacientes un servicio de alta calidad. Debe haber suficientes hospitales e instalaciones médicas para brindar atención a los pacientes.

6 Bibliografía

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

Capítulo 524

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL TRATAMIENTO DE DATOS DE USUARIOS EN LA SANIDAD.

MARÍA PAZ JIMÉNEZ ROJAS

MIGUEL ÁNGEL CIFUENTES GALINDO

MARÍA JOSÉ CARAVACA DÍAZ

JENIFER CONDE VALENCIA

LOURDES ANGEL ANGEL

1 Introducción

Dado que hoy en día todo es digital, pueden contener o no información que comprometa su privacidad, pero todos son privados y no se pueden compartir sin el permiso del paciente. Nadie más puede acceder al expediente o a la historia clínica, a menos que sea extremadamente importante o imposible de evitar. Los profesionales sanitarios que atiendan al paciente completarán y consultarán los datos clínicos del paciente.

Los auxiliares administrativos, que no son profesionales médicos, deben recopilar todos los datos necesarios a pesar de tener acceso al procesamiento de datos, principalmente ingresando a los centros de salud, aunque no sean profesionales médicos como su información única y privada. Tienen acceso a los expedientes

de los pacientes el mismo día debido al trabajo que realizan los miembros del personal administrativo.

Esta información, que es potencialmente sensible y está legalmente protegida, es crucial en estas circunstancias.

Los auxiliares administrativos deben tomar precauciones estrictas para protegerse del procesamiento de dichos datos. El tratamiento de datos clínicos, y más concretamente el tratamiento por parte de los mismos, será el foco principal de nuestro trabajo de investigación, el personal administrativo y los recursos a su disposición para acceder a la información del paciente y a sus historias clínicas.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones del auxiliar administrativo en el tratamiento de datos de los usuarios.

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 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

Cualquier operación realizada sobre los datos de una persona física, ya sea a través de medios digitales, recolección, registro, organización o estructuración de datos, constituye un tratamiento de datos personales o acceso de cualquier tipo. En este caso, se referirá al manejo de los datos clínicos del paciente por parte del auxiliar administrativo. Las personas que participan directamente en el tratamiento del paciente son las únicas que tienen acceso a la información del expediente médico, el equipo de salud responsable del cuidado y tratamiento del paciente, quienes deben tener el deber de guardar confidencialidad médica y tienen prohibido revelar información sobre la salud del paciente. La Ley de Protección de Datos se ocupa de regular cómo se procesan nuestros datos personales fuera de nuestro control, particularmente en línea. Mantenerse alejado de situaciones de riesgo como extorsión, acoso o fraude. El miembro del personal que

trabaja en un centro de salud y tiene mayor acceso a la información sobre los pacientes y sus historias clínicas es el asistente administrativo. Por tanto, es una de las que más se preocupa por el cumplimiento de la ley.

Los registros médicos solo serán manejados por el auxiliar administrativo si son requeridos por los médicos que tratan el historial del paciente, o en raras circunstancias, por inspectores o funcionarios encargados de hacer cumplir la ley. El auxiliar administrativo nunca tendrá derecho a ver el historial médico del paciente. O examinar los datos disponibles del paciente. Cualquier miembro del personal administrativo puede tener acceso con un solo toque al historial médico de cualquier paciente en la época en que vivimos y todo ha sido o será digitalizado, puede verse tentado a ver ese historial (especialmente si también es una persona). Esto se considera una violación de la ley de protección de datos, es un mandato legal y se trata como un delito. El auxiliar administrativo podrá desempeñar sus funciones si recibe la formación adecuada en esta materia.

Opero más cómodamente y con mayor comprensión, evitando problemas legales derivados de la invasión de la privacidad del paciente.

5 Discusión-Conclusión

A medida que nuestro proyecto de investigación fue evolucionando, llegamos a comprender que el auxiliar administrativo solo se concentraría en completar y recopilar información personal cuando se trata de datos de usuarios o pacientes del sistema de salud, particularmente en el ingreso o ingreso del paciente. Después de la salida, como registro de fechas, altas, etc. pero nunca tendrá acceso a este historial médico sobre su atención y crecimiento mientras el usuario se encuentre como huésped en las instalaciones.

Si estos empleados no cumplen con la ley o tratan el procesamiento de datos de manera inadecuada, usted podría enfrentarse a graves repercusiones legales e incluso perder su trabajo. Por lo tanto, el auxiliar administrativo debe ser una persona altamente calificada y comprometida con el desempeño de sus funciones de manera ética y profesional.

6 Bibliografía

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

Capítulo 525

EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DE CITAS MÉDICAS EN UN HOSPITAL

YOLANDA JIMENEZ CARMONA

LAURA DOMÍNGUEZ ALONSO

PALOMA SÁNCHEZ GARCÍA

VERÓNICA MURILLO BEJARANO

ENRIQUE ÁNGEL CARMONA GARRIDO

1 Introducción

La gestión de citas médicas en un hospital es de suma importancia por varias razones clave. La gestión eficiente de citas garantiza que los pacientes tengan acceso oportuno a la atención médica. Esto es fundamental para abordar problemas de salud antes de que empeoren y para proporcionar atención preventiva.

Además, una gestión adecuada de citas permite al hospital asignar recursos de manera más eficiente. Los médicos, las salas de examen y otros recursos se pueden programar de acuerdo con la demanda, evitando largos tiempos de espera y la subutilización de personal y equipos. Los pacientes valoran la capacidad de programar citas de manera conveniente y recibir atención puntual. Una gestión de citas efectiva mejora la satisfacción del paciente, lo que puede generar lealtad hacia el hospital y comentarios positivos (1).

La programación eficiente de citas puede ayudar a reducir los costos operativos al evitar la sobrecarga de personal y la pérdida de tiempo debido a citas perdidas o reprogramadas. En muchos lugares, existen regulaciones que exigen que los hospitales tengan un sistema de gestión de citas adecuado para garantizar la equidad y el acceso a la atención médica. Por lo tanto, una buena gestión de citas facilita la coordinación de la atención entre diferentes médicos y especialistas. Esto es esencial para pacientes con enfermedades crónicas o condiciones que requieren atención continua.

Por otro lado, los sistemas de gestión de citas proporcionan datos valiosos sobre la demanda de atención médica, los tiempos de espera, las tasas de cancelación y otros indicadores. Estos datos pueden utilizarse para mejorar la eficiencia operativa y la calidad de la atención.

2 Objetivos

Explicar las actividades relevantes que debe realizar un auxiliar administrativo en la gestión de citas médicas en un hospital.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica existente. Se realizó una búsqueda sistemática exhaustiva de libros, así como una revisión de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Google académico, mediante la selección de artículos científicos de publicaciones científicas arbitradas.

4 Resultados

El papel del auxiliar administrativo en la gestión de citas médicas en un hospital es fundamental para asegurar un flujo eficiente de pacientes y garantizar que los recursos médicos se utilicen de manera efectiva.

Los auxiliares administrativos suelen ser los primeros en recibir las solicitudes de citas médicas, ya sea por teléfono, correo electrónico o presencialmente. Deben ser amables y profesionales al interactuar con los pacientes y recopilar la información necesaria para programar las citas. Es esencial que los auxiliares administrativos ingresen de manera precisa la información del paciente, incluyendo

datos personales, información de contacto y detalles de su seguro médico, si corresponde. También deben verificar la elegibilidad del paciente para recibir servicios médicos en el hospital (2).

Además, los auxiliares administrativos deben programar las citas médicas de acuerdo con la disponibilidad de los médicos y las especialidades requeridas. Esto puede implicar coordinar con múltiples departamentos y médicos para asegurarse de que las citas se programen de manera eficiente. También suelen ser la primera línea de comunicación entre el hospital y los pacientes. Deben confirmar las citas, proporcionar información sobre ubicación y dirección, así como responder a preguntas sobre los procedimientos y requisitos previos a la cita. Mantener actualizadas las agendas médicas es crucial para evitar solapamientos y retrasos en las citas. Los auxiliares administrativos deben coordinar y reprogramar citas cuando sea necesario debido a cambios en la programación médica o atrasos imprevistos.

En algunos casos, los auxiliares administrativos pueden ser responsables de mantener registros de historiales médicos electrónicos de los pacientes, asegurando que estén actualizados y accesibles para el personal médico. Y es que, en función de las políticas del hospital, los auxiliares administrativos pueden ser responsables de cobrar tarifas de consulta o copagos a los pacientes, así como de gestionar los registros de pagos y las transacciones financieras relacionadas con las citas médicas. Los auxiliares administrativos a menudo se enfrentan a situaciones complejas, como cambios de horario de citas, cancelaciones de último minuto o pacientes que llegan tarde. Deben ser capaces de manejar estas situaciones de manera eficiente y amigable (3).

Es fundamental que los auxiliares administrativos respeten la privacidad y la confidencialidad de la información del paciente, cumpliendo con las regulaciones de protección de datos y las políticas internas del hospital.

5 Discusión-Conclusión

El papel del auxiliar administrativo en la gestión de citas médicas en un hospital es fundamental para garantizar un flujo de trabajo eficiente y una experiencia satisfactoria tanto para los pacientes como para el personal médico.

Los auxiliares administrativos son responsables de programar y coordinar las citas médicas de manera adecuada. Esto implica programarlas de acuerdo con la disponibilidad de médicos y salas de examen, evitando demoras innecesarias y tiempos de espera prolongados. También Capturan y mantienen registros precisos de la información del paciente, incluyendo datos personales y médicos rele-

vantes. Esto es esencial para garantizar la continuidad de la atención y para que los médicos tengan acceso a la información necesaria.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/funcion-administrativo-gestion-citas/#::text=Planificar%2C%20organizar%20y%20ejecutar%20las,la%20situaci%C3%B3n%20de%20sus%20citas.>
2. <https://www.formacionalcala.com/articulos/113/funciones-del-auxiliar-administrativo-sanitario#::text=Realizar%20la%20recepti%C3%B3n%20del%20usuario,generar%20ambientes%20de%20trabajo%20%C3%B3ptimos.>
3. https://www.censa.edu.co/portal/sitio/contenidos_mo_programas.php?c=332#::text=Tramitan%20formularios%20de%20afiliaci%C3%B3n%20y,facturas%3B%20Promotor%20atenci%C3%B3n%20al%20usuario%3B

Capítulo 526

EL CELADOR Y EL USO DEL LÁTEX EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

VÍCTOR DEL RIO MONTES

MANUEL SANTIAGO SANCHEZ-VALDEPEÑAS MARTIN-GIL

CARLOS TORRES ATIENZA

JAVIER GUTIÉRREZ VELASCO

CARLOS ANDRÉS ESPINOZA GONZALEZ

1 Introducción

La patología de la piel provocada por la intolerancia al látex de un paciente o, más concretamente, de un profesional sanitario, de la que hablaremos en este artículo es la urticaria de contacto, por ser la patología con mayor incidencia y recurrencia en el ámbito de la salud con sensibilización a productos que contienen látex, ya que está presente en el material hospitalario.

La patología de la piel conocida como urticaria se caracteriza por lesiones cutáneas edematosas con contornos distintos y un proceso eritematoso que es visible pero que típicamente cambia y es tenue alrededor de estos contornos. La picazón es otra palabra para la urticaria, que frecuentemente tiene como efecto secundario una picazón intensa.

En cuanto a la composición química del antígeno, los productos que contienen caucho son los elaborados a partir del látex que se deriva de un árbol del que se

extrae la savia y se produce el caucho mediante vulcanización. La savia del árbol antes mencionado contiene polisoprenos en forma de gotas que están recubiertas de proteínas vegetales.

Las proteínas vegetales, como algunos contaminantes, que son precursores de las manifestaciones alérgicas que provocan que las personas experimenten una reacción alérgica, siempre están presentes cuando se utilizan en la industria y durante el procesamiento del material. Para que se desarrolle la sensibilización es necesario que el contacto con el antígeno se mantenga en el tiempo.

Los artículos más importantes que contienen látex son los suministros médicos como guantes, mascarillas, catéteres y vendas elásticas, así como artículos de uso diario como guantes domésticos, condones y chupetes.

2 Objetivos

- Describir como pueden ser las manifestaciones y reacciones del contacto con el látex, ver cuáles serían los grupos de riesgo, entre los que estarían los celadores.
- Explicar como llegar al diagnóstico de esta patología y tratamiento.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación responsable en una revisión de bibliografías sobre la literatura científica existente. Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de artículos, tesis y publicaciones en las principales bases de datos: Google y Google Academy, páginas de alergias, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En cuanto a la aproximación en estadística de grupos de riesgo, podemos decir que más de la mitad de los casos que fueron analizados y revisados para completar este artículo corresponden a trabajadores del ámbito sanitario, especialmente hospitalario, destacando el trabajador de quirófano sobre el resto de profesionales.

La sensibilización es mucho más frecuente en las mujeres (82%) y es más común en pacientes atópicos, particularmente en aquellos que tienen síntomas de eczema en las manos y en aquellos que han estado recibiendo exámenes regulares con catéter convencional durante un período prolongado.

La sensibilización clínica a determinadas clases de frutas o verduras, como plátano, castaña, kiwi, mango, aguacate, maracuyá, papaya, piña, higo, melón, naranja, tomate, melocotón o patata, está fuertemente correlacionada con la sensibilización al látex.

Diagnóstico:

Una historia clínica que sea exhaustiva e incluya los elementos mencionados anteriormente.

Las llamadas pruebas cutáneas de lectura rápida con antígeno bien diferenciado son una opción bastante fiable por su alta sensibilidad y especificidad, pero conllevan riesgos para el paciente, habiéndose reportado casos de reacciones sistémicas.

Otras opciones y alternativas, tienen menos especificidad y sensibilidad pero no ponen en riesgo al paciente, lo cual también es un punto a tener en cuenta.

Tratamiento:

Una vez que la sensibilización se ha hecho evidente, los tratamientos para disminuir los síntomas son ineficaces o muy ineficaces.

También se podrían utilizar productos sin caucho como alternativa, aunque esto ocasionalmente causa problemas en el ámbito hospitalario.

Respecto a los síntomas clínicos que pueden aparecer tras entrar en contacto con un material que contiene caucho.

Clínicamente, el contacto con productos que contienen látex puede provocar una manifestación de hipersensibilidad que se manifiesta como urticaria de contacto, asma, rinoconjuntivitis o edema y, en casos graves, shock anafiláctico.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos ver en este artículo, debido al uso extensivo de productos de látex, particularmente al contacto prolongado cuando se usan, la relevancia de la sensibilidad al látex en el ámbito hospitalario, particularmente en lo que respecta a los profesionales de la salud, ha crecido significativamente.

Cuando los síntomas se manifiestan, con frecuencia presentan una gran variedad. No podemos pasar por alto que en los casos más graves puede producirse asma o incluso anafilaxia. En los casos más leves se pueden observar reacciones con dermatitis de contacto o urticaria.

Aunque no sólo se utiliza en la industria hospitalaria, el látex está presente en una variedad de suministros hospitalarios, incluidos guantes, mascarillas, vendas elásticas y catéteres. También se utiliza en la vida cotidiana en artículos como

guantes domésticos, chupetes y condones.

6 Bibliografía

<http://celadoresonline.blogspot.com>

Capítulo 527

EL CELADOR Y LAS FUNCIONES QUE REALIZA EN EL ÁREA DE TOCOLOGÍA

ARMANDO DE LAS HERAS AYUSO

IVAN CONTRERAS MARTÍNEZ

MACARENA GARCÍA POVEDA

MILAGROS SAIZ BELINCHON

SANDRA QUINTANILLA BALLESTEROS

1 Introducción

Hay muchas áreas y servicios muy diferentes dentro de un hospital, cada uno dependiendo de las necesidades que vayan surgiendo. En una sociedad sana, uno de esos servicios es el control de la natalidad. Los pacientes ingresan al servicio a través de varias fases; desde la consulta mediante una citación programada o directamente desde urgencias y el ingreso provisional (si se requiere cirugía de parto o cesárea).

A las pacientes se les hace un seguimiento durante todo el embarazo a través de atención primaria (obstetricia) y servicios ambulatorios (obstetricia y ginecología). El crecimiento fetal se evaluará en este momento y al nacer, mediante pruebas de ecografías.

El Ministerio de Salud emplea una variedad de grupos profesionales, entre los que se incluyen médicos, enfermeras, parteras, auxiliares de enfermería, celadores y auxiliares administrativos.

Cada uno de ellos ha beneficiado significativamente a la comunidad y al sector, ya que al ser un equipo tan grande y multidisciplinar, deben estar perfectamente engranados y coordinados para que la asistencia de los pacientes sea la mejor posible.

Teniendo en cuenta que los pacientes pasan mucho tiempo en el hospital (altas, visitas, exámenes, etc.), existen numerosos lugares o salas donde pueden hacerlo de forma confortable, con espacios habilitados a tal fin.

El celador del hospital es el encargado de realizar traslados y estar pendiente de que los pacientes se encuentren cómodos durante sus pruebas.

2 Objetivos

- Describir, explicar y demostrar el papel del celador en la sala de maternidad y área de tocología.

3 Metodología

Como parte del proyecto de investigación se realizó una revisión bibliográfica de artículos científicos publicados. Para seleccionar artículos científicos de revistas académicas revisadas, se consultaron artículos en los principales repositorios Pubmed, Medline, Scielo y Google, desechando aquellos artículos que no interesaban para el estudio.

4 Resultados

El personal de celadores juega un papel importante en esta sala, ya que se encarga de que la paciente llegue en buenas condiciones y sea trasladada en tiempo y forma durante todo el proceso del parto.

Hay muchos tipos de trabajo que realiza el personal en esta área, algunos de ellos son:

- Acompañar al paciente y asegurarse de que necesita ayuda para sentarse en una silla, cama o estirarse.
- Asegurarse de que los datos de historia se corresponden con el paciente, identificándolo en todo momento.
- Informar al personal médico que se encuentra aquí y facilitarles el formulario de admisión.

- Permitir que el paciente permanezca en el hospital e informar al personal de enfermería de su historial médico.
- Hacer un uso adecuado de los equipos y sistemas dentro del área.
- Inspecciona y mantiene todos los equipos, incluidas camas, gabinetes, porta sueros, etc., en buenas condiciones, garantiza que el área esté ordenada y notifica al supervisor sobre cualquier problema que deba corregirse.
- Trabajar en estrecha colaboración con el personal médico para ayudar con la limpieza, las reparaciones y ayudar a los pacientes dentro y fuera del área.
- Trasladar pacientes a diferentes áreas, incluyendo radiología, anestesia, consultas clínicas, etc.
- Trasladar pacientes dados de alta que lo requieran a una cama o silla de ruedas, o acompañarlos andando.
- Trasladar a los pacientes a salas de partos o quirófanos.
- Trasladar a los recién nacidos con sus historias clínicas a la unidad neonatal o para consulta y valoración y examen.
- Acompañar a madres que necesitan ser trasladadas a una unidad de lactancia o para una prueba.
- Ayudar al ingreso a los pacientes que lo requieran en el preoperatorio.
- Informarse y estar actualizado en protocolos de actuación dentro del área.
- Transportar los elementos de prueba al laboratorio.
- Proporcionar muestras a anatomía patológica.
- Transferir documentos o información entre servicios.
- Recogida de medicamentos desde el área de farmacia.
- Trasladar los equipos necesarios para las pruebas o procedimientos a realizar.

5 Discusión-Conclusión

Dado que en un hospital se encuentran muchas áreas diferenciadas debido a la cantidad de servicios que ofrecen, los celadores son los primeros en recibir a los usuarios y pacientes a su llegada al hospital.

Al ser las primeras personas que ve a la paciente embarazada, debe priorizarse el nivel de urgencia o emergencia del que se debe de tratar, se valora si es prioritario o podría esperar.

Son responsables de trasladar a los pacientes desde la sala de urgencias o consultas del hospital a las salas de tocología, y colocar a las pacientes en los lugares indicados y en la posición que los especialistas crean conveniente.

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 528

EL CELADOR Y SU INTERVENCIÓN EN LOS MOVIMIENTOS PARA EL TRATAMIENTO DE ÚLCERAS EN LOS PACIENTES

MARÍA DEL SALOBRAR BENÍTEZ SANTOS

PEDRO ROMERO MARTIN

SAGRARIO SÁNCHEZ MUÑOZ

MARIA FROILAN

SERGIO HERNÁNDEZ MARTÍN

1 Introducción

Las úlceras por presión son áreas de la piel que están dañadas y son causadas por estar mucho tiempo en el mismo lugar. Por lo general, se forman donde los huesos están cerca de la piel, como los tobillos, los talones, los omóplatos y los hombros. Esto puede provocar infecciones graves que a veces ponen en peligro la vida, pero también pueden ser causadas por tener sobrepeso o por debajo del peso normal y no poder controlar las deposiciones. Además, se pueden encontrar en pacientes que, debido a la patología de base, tienen la sensibilidad reducida y no pueden apreciar las molestias que les produce el cuerpo y, por tanto, no pueden cambiar de posición. Las úlceras por presión provienen de estar constantemente atado a una cama o silla, por lo que tienen un mayor riesgo de desarrollar una

úlceras por presión, pero algunos pacientes con un período corto de movilización pueden desarrollar úlceras por presión y, finalmente, enfermedades crónicas en pacientes a largo plazo, cuya patología y limitaciones impiden la cicatrización de las úlceras por presión.

Incluso se pueden ver en los músculos y tejidos blandos que presionan contra la silla o la cama, cortando la circulación sanguínea y permitiendo necrosis en el tejido de la piel. Las úlceras por decúbito o las úlceras pueden desarrollarse en cuestión de horas o días. La mayoría de las heridas se curan con tratamiento, pero algunas nunca se curan por completo. Se pueden tomar medidas para prevenir las úlceras de decúbito y ayudarlas a sanar. Para evitar que estos pacientes desarrollen úlceras, la enfermera debe cambiar de posición cada dos horas, aplicar almohadas y equipos de descompresión, y mantener la piel limpia y seca, pero el excelente efecto del tratamiento es lo que esperaba.

2 Objetivos

- Analizar las funciones del celador en la prevención de úlceras de los pacientes hospitalizados y conocer qué movimientos emplea para reducirlas.

3 Metodología

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

4 Resultados

Esta parte del estudio definirá los resultados o las señales de advertencia de las escaras o úlceras por presión a medida que pasan por diferentes estados que varían en profundidad, lesión, gravedad, daño en la piel o volumen de tejido.

Estas etapas son:

Primera etapa. Las úlceras o llagas son rojas (enrojecimiento de la piel que es escamosa o firme), pueden estar calientes al tacto o quemando, dolorosas o punzantes, azules o moradas en pacientes de piel oscura.

Segunda etapa: durante este tiempo, el área recibe más daño por la erosión de la piel, como fisuras, cortes, ampollas o llagas dolorosas.

Tercera etapa: en esta etapa, la herida tiene cráteres y es profunda, por lo que el daño es mayor.

Las tres causas principales de escaras o úlceras por presión son:

- La presión continua provoca la compresión de planos óseos y planos externos en cualquier zona del cuerpo, reduciendo el flujo sanguíneo a los tejidos cercanos, provocando daños y posiblemente necrosis.
- Fricción, cuando la piel roza contra la ropa o la ropa de cama, creando fricción con un movimiento de arrastre o tracción.
- Fricción cuando dos superficies se mueven en direcciones opuestas. Dependiendo de la gravedad de la lesión, se trata con una crema antibiótica si se infecta y un antibiótico oral o intravenoso si llega al hueso o tejido. Otros factores que pueden prevenir estas úlceras
- Mover al paciente regularmente sobre la camilla, cambiar de posición cada dos horas o cada 15 minutos si puede sentarse sin ayuda.
- Usar almohadillas de espuma, colchones especiales, almohadas, cobertores, cuñas de espuma, almohadas y aparatos ortopédicos para aliviar la presión sobre heridas o áreas que soportan hueso o grasa. Coloque al paciente en posición vertical mientras está sentado en una silla.
- Mantener una buena higiene y dieta para ayudar a controlar las úlceras. Cuando el asistente coloca al paciente en la posición correcta, debe verificar que los tobillos, las rodillas y los codos se superpongan, que la cabeza y el cuello estén alineados con la columna vertebral y que la cama esté cómodamente en la misma posición.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión para prevenir las úlceras de decúbito o por presión el celador tiene que recolocar con regularidad al paciente para no tener presión en la piel, y también entre otras metodologías como el cuidado de la piel, de la nutrición, la ingesta de líquidos, y pequeños ejercicios diarios. Para el reposicionamiento el celador tiene que cambiar el punto de apoyo del peso con regularidad cada una o dos horas, como cambiar la posición y elevación del cabecero de la cama o cambiar la posición de tumbado ha sentado para aliviar la presión.

La mejor forma de evitar las úlceras por presión o por decúbito o escaras es evitar pasar largos períodos de tiempo en una silla, silla de ruedas o cama y si no cambios posturales cada 2 horas.

6 Bibliografía

- <https://medlineplus.gov/spanish/pressuresores.html>
- <https://es.familydoctor.org/condicion/llagas-por-presion/?adfree=true>
- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000147.htm>.
- <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/bed-sores/symptomscauses/syc-20355893?p=1>.

Capítulo 529

EL CELADOR ANTE EL PACIENTE PSQUIÁTRICO ¿QUÉ HACER EN ESTOS CASOS?

MARÍA DEL SALOBRAR BENÍTEZ SANTOS

PEDRO ROMERO MARTIN

SAGRARIO SÁNCHEZ MUÑOZ

MARIA FROILAN

SERGIO HERNÁNDEZ MARTÍN

1 Introducción

Hablaremos sobre como los celadores llevan el proceso con los pacientes con problemas mentales. Se consideran enfermedades mentales los cambios en el estado de ánimo, la cognición o el comportamiento que se ven afectados desde el punto de vista psicológico, las emociones, el comportamiento, el lenguaje, etc., y su vida diaria cambia por no poder adaptarse al medio en el que viven. Cerca del 50% de las personas sufrirá algún trastorno mental en algún momento de su vida como adultos, y la mitad presentará síntomas severos o moderados que requerirán ayuda profesional y, en casos severos, como cuando la persona tiene tendencias suicidas, ingreso. Cuando se trata a un enfermo mental, es imperativo generar empatía, crear un ambiente cómodo, no juzgar y no tener elementos que causen estrés o ansiedad, ya que esto es lo que debe enfrentar un celador según

su función, y debido a las especiales circunstancias asociadas a estos pacientes, se debe tener especial cuidado, ya que en algunos casos sus reacciones pueden ser impredecibles y pueden presentarse momentos de peligro. Una comprensión básica de algunos de los obstáculos a los que nos podemos enfrentar y tomar las medidas adecuadas cuando sea necesario es la clave para que un portero haga un trabajo profesional dentro de sus funciones.

2 Objetivos

- Exponer las medidas que se deben adoptar ante un enfermo mental que sufre una crisis y es necesario su contención.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como “un estado de bienestar en el que una persona es consciente de sus propias capacidades, es capaz de hacer frente a las tensiones normales de la vida, es capaz de trabajar productivamente y de contribuir a la sociedad. Se estima que el 50% de los adultos desarrollan algún tipo de enfermedad mental y solo el 20% de las personas recibirán tratamiento profesional dependiendo de si muchas personas pueden mejorar su calidad de vida o posiblemente curarse por completo. Hay varias razones que pueden afectar la salud mental, como traumas, antecedentes familiares, estilo de vida, uso de drogas, etc. Puede comenzar a una edad temprana y continuar hasta la edad adulta tardía, aunque suele comenzar en la adolescencia y en la adultez temprana, por lo que vale la pena acudir a un profesional si estás experimentando tristeza, depresión, pensamientos o afirmaciones suicidas, ira, hostilidad, etc. Con estos datos, podemos continuar mencionando algunos de los trastornos mentales más comunes, en pacientes hospitalizados, se puede

encontrar correctamente, conocer el tratamiento más adecuado para la situación y seguir siempre las indicaciones del especialista en salud

- Trastornos neurocognitivos: Efectos memoria, percepción, lenguaje, pensamiento y juicio. La razón principal es la edad. Este grupo incluye las enfermedades de demencia, Alzheimer y Parkinson.
- Depresión: Es uno de los trastornos más comunes en el mundo, caracterizado por un constante estado de tristeza acompañado de apatía, falta de motivación y desesperanza. Este grupo incluye la depresión posparto, el trastorno disfórico premenstrual y el trastorno afectivo estacional.
- Trastorno de ansiedad: Este es otro trastorno común entre la población, que se caracteriza por un miedo excesivo e intenso a las situaciones cotidianas, debido a que las personas que padecen trastornos de ansiedad sienten inquietud, nerviosismo, ritmo cardíaco acelerado, temblores, etc. Esta sección incluye agorafobia, fobia social, fobia específica y trastorno de ansiedad generalizada.
- Trastornos del neurodesarrollo: se caracterizan por diversas dificultades en diversas habilidades y destrezas que dan lugar a trastornos del aprendizaje, la comunicación o el movimiento. Este grupo incluye el autismo, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) o el síndrome de Asperger, todos los cuales comienzan a desarrollarse en la infancia.
- Trastorno bipolar: muestra una excitación y euforia extremas, mientras que otros tienen un colapso total, lo que provoca cambios en el comportamiento, los niveles de energía y la actividad.
- Trastornos mentales: en estas psicopatologías, el paciente pierde el contacto con la realidad, lo que provoca síntomas como alucinaciones y delirios.
- Trastorno Obsesivo Compulsivo: Este se caracteriza por obsesiones y pensamientos repetitivos que hacen que la persona se sienta muy ansiosa porque siente que es algo que no puede controlar.
- Trastorno de estrés postraumático: se produce después de vivir una situación horrible que fue o ha sido, como un veterano. Los individuos tienen pesadillas y dificultad para mantener relaciones íntimas.
- Trastorno por uso de sustancias: afecta el cerebro caracterizado por la adicción descontrolada a drogas legales e ilegales como el alcohol, la marihuana, el tabaco, etc. Esto puede derivar en falta de interés por las cosas, problemas de salud física, cambios de comportamiento, etc., entre otros.

5 Discusión-Conclusión

El celador que realiza su trabajo en la unidad de psiquiatría debe conocer los principales trastornos que se puede encontrar para dar un servicio y respuesta óptimos en el trato con los pacientes, buscando la confianza mutua y atendiendo sus inquietudes, avisando ante cualquier señal de alarma que nos haga sospechar que el paciente puede ser un peligro para él o los que los rodean.

Conociendo la enfermedad que tiene y la forma correcta de tratarlos, se puede uno anticipar a futuras crisis que puedan suceder y, cuando estas se vuelven inevitables e imprevisibles, estar preparado para responder ante ellas de forma efectiva, pues en ese momento pueden surgir tensiones y nervios para contener al enfermo y es básico una buena formación dentro de la improvisación que se pueda producir.

El paciente no debe ver estas medidas que se puedan realizar como un castigo, pues el objetivo final es su propia protección, de las personas que están a su alrededor y las que lo atienden y cuidan, pues solo buscan su bienestar y su mejoría psicológica.

6 Bibliografía

1. First, M. Introducción a las enfermedades mentales. Msdmanuals.com;2021.Consultado el 7 de Marzo de 2022.Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/introducci%C3%B3n-al-cuidado-de-la-salud-mental/introducci%C3%B3n-a-las-enfermedades-mentales>.
2. Castillero Mimenza, O. Los 18 tipos de enfermedades mentales. Psicologiymente.com;2020.Consultado el 8 de Marzo de 2022.Disponible en: <https://psicologiymente.com/clinica/tipos-de-enfermedades-mentales>.

Capítulo 530

EL PAPEL FUNDAMENTAL DEL CELADOR EN LA IMPORTANCIA DE LAS GRÚAS PARA PACIENTES EN HOSPITALIZACIÓN

MARÍA DEL SALOBRAR BENÍTEZ SANTOS

PEDRO ROMERO MARTIN

SAGRARIO SÁNCHEZ MUÑOZ

MARIA FROILAN

SERGIO HERNÁNDEZ MARTÍN

1 Introducción

La hospitalización es una experiencia que puede ser difícil y traumática para los pacientes, especialmente aquellos con movilidad limitada o discapacidades. Para garantizar su bienestar y atención adecuada, se requiere de la ayuda de un equipo de profesionales de la salud, que incluye médicos, enfermeros, técnicos y personal de apoyo como el celador.

El celador es una figura crucial en el entorno hospitalario, encargado de tareas como el traslado de pacientes, el mantenimiento de la seguridad en el hospital, y el suministro de apoyo emocional a los pacientes y sus familias. Una de las responsabilidades más importantes del celador es el uso y manejo de grúas para pacientes en hospitalización.

Las grúas son dispositivos médicos diseñados para ayudar en la transferencia de pacientes con movilidad limitada o discapacidades físicas. Estos dispositivos ayudan a mover al paciente de la cama a la silla de ruedas, al baño o a otros lugares necesarios para su atención y recuperación.

El uso adecuado de las grúas por parte del celador es fundamental para garantizar la seguridad del paciente. El personal capacitado en el manejo de grúas debe asegurarse de que el paciente esté bien asegurado y cómodo durante el traslado, minimizando así el riesgo de lesiones y molestias.

La habilidad del celador para manejar las grúas de manera segura y efectiva es esencial para garantizar la calidad de atención para los pacientes en hospitalización. En este artículo, exploraremos la importancia de las grúas para pacientes en hospitalización, su uso y manejo adecuado, así como el papel fundamental del celador en el cuidado de los pacientes.

2 Objetivos

Exponer y dar a conocer las funciones elementales del manejo del aparataje, en especial las grúas que son utilizadas para la movilización de los pacientes por el celador.

3 Metodología

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

4 Resultados

El celador es un miembro clave del equipo de atención médica en cualquier hospital o centro de atención médica. Su papel principal es garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes, y en lo que respecta al uso de las grúas, esto implica una serie de responsabilidades importantes.

Una de las principales funciones del celador en relación con el uso de las grúas es la selección adecuada del tipo de grúa a utilizar para el paciente en cuestión. Hay varios tipos de grúas disponibles en el mercado, cada una diseñada para satisfacer

necesidades específicas, como la grúa de transferencia de techo, la grúa de baño, la grúa de bipedestación, la grúa móvil, entre otras.

El celador debe ser capaz de identificar las necesidades específicas del paciente, considerando su estado de salud, condición física y movilidad, y seleccionar el tipo de grúa adecuado que mejor se adapte a sus necesidades. Además, el celador debe asegurarse de que la grúa se ajuste adecuadamente a la fisionomía del paciente y proporcione una transferencia segura y cómoda.

Otra función importante del celador es la formación del paciente y/o su familia en la utilización de la grúa, en aquellos casos en que se considere necesario. En estos casos, el celador puede ser responsable de proporcionar una formación básica sobre el uso y manejo de la grúa, cómo ajustarla y utilizarla de forma segura y eficiente, así como instrucciones para el mantenimiento y limpieza de la misma. Asimismo, el celador debe supervisar el correcto uso de las grúas por parte de otros profesionales, como enfermeras, técnicos, fisioterapeutas, entre otros, asegurando que se utilicen de forma adecuada y segura para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente.

Por último, el celador también es responsable de garantizar el correcto mantenimiento y limpieza de las grúas, incluyendo la realización de revisiones regulares para asegurar que estén en perfecto estado de funcionamiento y sean seguras para su uso.

En resumen, el celador desempeña una serie de funciones importantes en relación con el uso de las grúas para pacientes en hospitalización. Desde la selección y ajuste adecuado del tipo de grúa hasta la formación del paciente y supervisión de otros profesionales en su uso, el celador es una figura clave en la seguridad y el bienestar del paciente en el hospital o centro de atención médica.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, las grúas son herramientas esenciales en el cuidado de pacientes en hospitalización, especialmente aquellos con discapacidades físicas o movilidad limitada. La selección adecuada del tipo de grúa, el ajuste seguro y cómodo para el paciente, el mantenimiento regular, y la formación y supervisión del personal que la utiliza son algunas de las funciones clave del celador en este ámbito.

El celador juega un papel fundamental en la seguridad y el bienestar del paciente en el hospital, y el uso adecuado de las grúas es una de sus responsabilidades principales. A través de la formación y supervisión del personal, la selección y ajuste adecuado de las grúas y el mantenimiento regular, el celador puede garantizar que las grúas se utilicen de manera segura y efectiva para mejorar la calidad

de atención para los pacientes en hospitalización.

6 Bibliografía

1. López P, E. P. (2017). Papel del celador en el cuidado del paciente en el hospital. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 25(1), 1-8. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1242.2839>.
2. American Physical Therapy Association. (2018). Patient lifts and transfer equipment. <https://www.apta.org/patient-care/equipment/patient-lifts>.
3. Ortiz, M. A. R. (2016). El papel del celador en la prevención de caídas en el hospital. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica*, 8(3), 139-144. <https://doi.org/10.1016/j.reger.2016.01.002>.
4. British Columbia Provincial Infection Control Network. (2012). Safe use of patient lifts and other lifting devices. http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Guidelines%20and%20Forms/Guidelines%20and%20Manuals/Epid/CD%20Manual/Chapter%201%20-%20CDC/2012_LiftingDevices_Guideline.pdf.

Capítulo 531

EL MANTENIMIENTO DE UN FLUJÓMETRO DE OXÍGENO EN LAS PLANTAS DE UN HOSPITAL POR PARTE DEL MECÁNICO

FERNANDO LIZON CORONADO

LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS

FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA

JOSE ANTONIO PICAZO GARCIA

JUAN GIJÓN MERCHAN

1 Introducción

Debido a la emergencia sanitaria del COVID-19, el uso de oxígeno en los hospitales ha aumentado significativamente. El oxígeno se administra a los pacientes a través de respiradores que se encuentran en las unidades de cuidados intensivos (UCI) o en las salas como gas medicinal, entre otros usos, para ayudar a salvar vidas. Muchos hospitales han tenido que ampliar sus instalaciones y controlar el consumo de oxígeno para garantizar que el oxígeno llegue a todas las zonas donde se necesita. Hoy en día, medir el flujo de oxígeno es muy valorado en los hospitales.

La atención al paciente se brinda utilizando oxígeno en todos los niveles de las redes de atención médica integradas. La Organización Mundial de la Salud lo ha incluido entre los medicamentos esenciales.

Los caudalímetros no invasivos permiten controlar el consumo de oxígeno en los distintos servicios hospitalarios, asegurando caudales adecuados y ayudando en la gestión de las reservas de oxígeno. El nivel de oxígeno normalmente se controla midiendo la presión, pero no se recopila información suficiente.

La calibración de los caudalímetros garantiza que funcionen a un nivel de presión específico. Si la presión de suministro es superior a este valor, el dispositivo liberará mucho más gas del indicado en el dispositivo, por ejemplo en el rango de 0 a 15 litros/minuto.

2 Objetivos

Los objetivos de este capítulo son explicar cuántas piezas tiene un caudalímetro, cómo mantener uno y cómo repararlo por parte del mecánico.

3 Metodología

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

4 Resultados

La calibración del caudalímetro hospitalario depende de un valor de presión particular. Si la presión de suministro es superior, como entre 0 y 15 litros/minuto, el dispositivo liberará mucho más gas del indicado. Es preferible utilizar caudalímetros con válvulas reguladoras, que permitan ajustar la presión de salida al valor sugerido por el dispositivo. Llame al equipo de mantenimiento; Si la presión de la red es superior al valor de calibración del caudalímetro, será necesario que un mecánico venga a arreglarlo.

Los profesionales deben informar de las fugas, por pequeñas que sean, ante cualquier defecto en la toma de oxígeno para garantizar el mejor uso de este

recurso de tecnología médica. También es fundamental inspeccionar las conexiones de las herramientas y las tomas de oxígeno que se utilizan en los pacientes todos los días para asegurarse de que no haya fugas innecesarias.

El mecánico del hospital es responsable de inspeccionar periódicamente las tomas de oxígeno de uso del paciente y las conexiones de los equipos para asegurarse de que no haya fugas.

Para los equipos modernos, se necesitan presiones de funcionamiento bajas. Dispositivos como flujómetros, ventiladores pulmonares y máquinas de anestesia ya no requieren altas presiones gracias a importantes avances tecnológicos. Los caudalímetros específicos para reguladores son útiles en redes con presiones más altas, pero es posible que no sean necesarios cuando la presión es suficiente. También hay más puntos de fuga que fugas y menos conexiones. Otra opción es utilizar dos niveles de presión de red diferentes, uno que sea más alto y otro que sea apropiado para los dispositivos que se conectarán a ella.

Estas partes forman un caudalímetro.

A) Un medidor de corriente.

B) Tablas de descompresión.

C) El regulador de caudal.

D) Buceo.

5 Discusión-Conclusión

Los reguladores de presión y los medidores de flujo de oxígeno son dispositivos que reducen la presión del suministro de la fuente de oxígeno mientras regulan la cantidad de oxígeno administrado al paciente. Para fabricar caudalímetros se pueden utilizar metal, vidrio, epoxi, acero al carbono, hierro fundido, acero inoxidable, PVC, acrílico y otros materiales.

En definitiva, un mecánico de los centros hospitalarios se encarga de realizar unas comprobaciones estándar y de comprobar el correcto funcionamiento de los caudalímetros de oxígeno. Cuando uno de estos se estropea, él también se encarga de ir a reponerlo y llevarlo al taller para su reparación.

6 Bibliografía

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

Capítulo 532

EL TELEFONISTA. SISTEMAS DE TRANSMISIÓN DE VOZ Y DATOS Y PARTES FUNDAMENTALES DE DICHA TRANSMISIÓN

MAGDALENA SALAZAR CANO

MARIA DEL CARMEN ALONSO ROMERO

MARI CARMEN GONZALEZ RUIZ

1 Introducción

La humanidad siempre ha tenido el deseo y la necesidad de comunicarse entre los individuos en su avance en la sociedad esto ha sido fundamental, la comunicación, y para ello ha utilizado distintas formas de transmisión. En nuestro trabajo de investigación hablaremos sobre la mas utilizada por la sociedad para conectar a personas que se encuentran alejadas en diferentes lugares, ya sea en el mismo territorio como en cualquier otra parte del mundo.

Las redes de voz serán de manera general las dedicadas a la transmisión de sonidos audibles como son la voz o la música.

Estas redes se crearon para poder conectar a personas alejadas en la distancia, pero con el avance de la sociedad fueron dándole diferentes usos, e implantándolas en diversos sectores para poder obtener una transmisión rápida y segura a la vez que poder soportar un enorme volumen de comunicaciones con diferentes servicios, ámbitos y personas.

Las transmisiones de datos cuyo receptor es electrónico necesitara que dicha transmisión sea mas limpia y constante, pues se podrían malinterpretar los datos como perturbaciones.

Sería por ejemplo el caso de las transmisiones inalámbricas por radio, que también tendrían la posibilidad de hacerse en movimiento constante, sería conveniente que dicha comunicación fuera muy entendible y clara para así poder evitar malos entendidos y que dicha transmisión pueda ser entendida correctamente tanto por emisor como por receptor.

Servicios de emergencia como policía fueron pioneros en la implementación de comunicaciones por radio a partir de vehículos, mas tarde estas transmisiones se convirtieron en habituales en diversos tipos de servicios tanto públicos como privados.

2 Objetivos

El objetivo principal del trabajo en el cual nos encontramos elaborando sería el siguiente :

- Conocer sistemas de transmisión de datos y voz
- Enumerar las partes fundamentales de estas transmisiones

3 Metodología

Para elaborar este capítulo de investigación hemos utilizado manuales del telefonista que trabaja en centros sanitarios, así como también hemos visitado portales relacionados con el tema de las telecomunicaciones.

Usamos el buscador Google académico y aportamos nuestros conocimientos en centralitas mediante las funciones que realizamos en dichas áreas.

4 Resultados

Las funciones principales de las transmisiones de voz y datos las definiríamos como las siguientes;

- Intercambiar información entre dos usuarios, entidades, etc.
- Poner en contacto a personas distanciadas.
- Acercar mediante voz a familias, amigos, parejas las cuales se encuentran en diferentes lugares.
- Poder pedir ayuda a entidades públicas como por ejemplo bomberos, policía.

-Conectar cuando, como y donde quieras con quien el usuario necesite.

A continuación veamos las partes primordiales de la transmisión :

La fuente: este es el dispositivo que produce los datos a transmitir.

El transmisor: normalmente los datos generados no son transmitidos así como son generados. El transmisor transforma y codifica la información produciendo señales electromagnéticas para ser transmitidas por medio de cualquier sistema de transmisión.

El sistema de transmisión: que podría ser un cable a partir de una sencilla línea de transmisión hasta una compleja red que conecte la fuente con el destino.

El receptor: que acepta la señal perteneciente del sistema de transmisión y la convierte de tal forma que logre ser manejada por el dispositivo destino

El destino: que toma los datos del receptor.

En este tipo de transmisiones sería importante resaltar que un dato analógico sería la voz y un dato digital podría ser un texto.

Tanto las señales o datos analógicos como digitales tienen la peculiaridad de que solo podrán ser transmitidos por medios de transmisión que sean los adecuados para tal comunicación.

Dichos datos deberán ser tratados correctamente por el sistema de transmisión utilizado.

En los sistema de comunicaciones(sobre todo en los de transmisión por voz) debemos saber que la señal emitida por el emisor será diferente a la recibida por el receptor debido a algunas adversidades o perturbaciones, dichas perturbaciones podrían ser:

- Atenuación y distorsión de atenuación.
- Distorsión de retardo. Fenómeno especial de los medios guiados
- Sonido. Distorsiones introducidas en el sistema de transmisión

5 Discusión-Conclusión

Ya sabemos de la importancia de las transmisiones de voz y datos gracias a la investigación que hemos realizado sobre este tema en concreto .

Gracias a estos sistemas en la actualidad vivimos mucho mas conectados entre nosotros y tenemos la posibilidad desde solicitar ayuda , información, consultar, etc. al instante con cualquier servicio o persona que necesitemos .

Todo esto gracias a estos sistemas de transmisión los cuales avanzan a pasos agigantados haciéndonos la existencia mas llevadera y cómoda.

La necesidad del ser humano por comunicarse es lo que ha hecho que los sistemas de comunicación avancen a pasos agigantados y actualmente la red de comunicaciones esté implantada prácticamente en todo el planeta

Los sistemas de comunicación deben también estar regulados por la ley para poder garantizar las leyes de protección de datos así como garantizar el honor , la intimidad personal y salvaguardar los derechos del ciudadano o usuario.

Este apartado de la regulación de los sistemas de comunicación nos parece muy importante, pues la privacidad y el honor de las personas hay que cuidarlos y respetarlos, pues es un derecho fundamental de la sociedad.

6 Bibliografía

www.fremm.es

www.monografias.com

manual básico del telefonista (eduforma)

Google académico

Experiencia profesional <https://letmevoice.com>

Capítulo 533

ORGANIZACIÓN Y TAREAS DEL PINCHE EN LA ZONA DE ELABORACIÓN DE ALIMENTOS EN LA COCINA HOSPITALARIA

LAALIA ROUAB PIQUERAS

VICTOR SANTOS PLASENCIA

LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS

MIGUEL ANGEL CARRASCOSA LEÓN

SANTOS CARRASCOSA SANCHEZ

1 Introducción

En el hospital están presentes tanto los pinches que concentran sus esfuerzos en limpiar los suelos del hospital como los que trabajan en la cocina ayudando a preparar las comidas. Este último ayudará al chef en su preparación y, al hacerlo, preparará una comida para los enfermos.

En el siguiente apartado veremos que si bien la organización de los turnos de mañana y tarde será similar, las tareas a realizar serán diferentes.

La institutriz será responsable de crear un cuadrante que refleje la asignación y organización de tareas, las cuales se distribuirán de manera justa teniendo en cuenta que cada día se rotará. Las tareas que deben realizarse y su organización.

Como resultado, cuando comienza la cinta de emplatado, la comida está lista porque son claras y precisas, lo que permite que todos los pinches comprendan sus funciones. Para prepararse para el siguiente turno, también deben dejar todo ordenado.

Es importante señalar que cada hospital tendrá su propia estructura organizacional, método de operación y niveles de personal para los cocineros, todo con el objetivo de ejecutar una operación exitosa el comedor del hospital.

Un número determinado de pinches de cocina trabajarán durante los turnos de mañana y tarde para organizar y distribuir las tareas para que el trabajo se pueda realizar de forma eficiente.

2 Objetivos

- Conocer la distribución y funciones del camarero en el área de preparación de la cocina del hospital y conocer cuáles son las responsabilidades de los turnos de mañana y tarde.

3 Metodología

La lectura de páginas web y libros relevantes es la base para el estudio y desarrollo de este tema. Debes saber esto que nos hemos basado en nuestra propia experiencia y que se han elegido y escrito los mejores datos sobre el uso de estos dos factores juntos.

4 Resultados

El pinche realizará una tarea diferente cada día, evitando trabajos repetitivos que puedan tener efectos negativos a largo plazo para el trabajador, como hemos comentado anteriormente, debido al carácter rotativo de estas tareas. Además, el pinche estará informado de todas las actividades que se realizan en la cocina, evitando que quede atrapado en cualquier situación.

Tanto para el turno de mañana como para el turno de tarde se dispondrán en cocina auxiliares encargados de cocina, auxiliares encargados de planchas y freidoras y auxiliares a cargo de las ollas, volteadores y ayudantes a cargo del fre-gadero o plonge.

Llamamos la atención sobre lo siguiente en relación con el trabajo que realizan:.

- A primera hora de la mañana o última de la tarde, todos los pinches pasarán al cuarto de verduras y serán los encargados de preparar la materia prima necesaria para la comida o cena necesaria de ese día, siempre bajo la supervisión del cocinero. Los pinches que están a cargo de la cocina son quienes prepararán la materia prima necesaria para las batidoras que estarán trabajando durante toda la jornada (almuerzo/cena), el cocinero preparará las materias primas necesarias para elaborar el caldo y dirigirá a los pinches a cargo de las ollas y volcadores para que hagan lo mismo.

Una vez que todo está listo, limpian la sala de verduras para recogerlas antes de pasar a las distintas salas de pescado y carne para ayudar a los cocineros en lo que necesiten.

- Para garantizar que el aceite esté limpio antes de su uso, los pinches encargados de planchas y freidoras deberán filtrar o en su caso desechar el aceite de las freidoras antes de que lo utilicen los cocineros.

- Una vez preparadas las licuadoras, los pinches de cocina encargados serán los encargados de molerlas, colocarlas en las gastro-normas requeridas y emplatar las especiales que estén disponibles ese día, como licuadoras espesas naturales, licuadoras para alérgicos, etc. Posteriormente, se encargarán de la limpieza de estufas y de la limpieza tanto en el turno de mañana como de tarde durante el turno de tarde, limpiando hornos y moviendo mesas.

El cocinero puede necesitar ayuda de los pinches encargados de las ollas y sartenes basculantes para retirar los alimentos de las gastro-normas; Luego serán responsables de limpiar las bandejas basculantes. Tendrán que limpiar la olla y retirar todo el caldo preparado durante el turno de tarde. También ayudarán en la limpieza del horno.

Los encargados de las planchas y freidoras las limpiarán después de su uso y dejarán el área limpia.

Por último, los pinches encargados del fregadero o plonge solo podrán limpiar las gastro-normas, cuencos de dorada y cualquier otro utensilio que utilicen ese día, además de las bandejas y gastro-normas utilizadas en la cinta de emplatado. También podrías ayudar con la limpieza de la habitación.

5 Discusión-Conclusión

Gracias a nuestra propia experiencia, hemos podido obtener una comprensión general de las diversas funciones que desempeñan los pinches en las áreas de producción de la cocina hospitalaria de un hospital concreto, el HUT. Para garantizar un correcto funcionamiento, la disposición y distribución de las tareas son

cruciales. Para lograrlo, es fundamental que la institutriz cree cada mes un cuadrante que refleje la disposición de los pinches, teniendo siempre en cuenta que es de carácter rotativo. Dado que frecuentemente llegan sustitutos deficientes y no son conscientes del trabajo que deben realizar, sería interesante elaborar una hoja que resumiera las funciones a desempeñar en cada puesto.

6 Bibliografía

1- www.congresoicepa.com

Capítulo 534

EL PINCHE DE LA COCINA DE HOSPITALES EN LA ELABORACIÓN DE LA DIETA LÍQUIDA HOSPITALARIA

LAALIA ROUAB PIQUERAS

VICTOR SANTOS PLASENCIA

SANTOS CARRASCOSA SANCHEZ

LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS

MIGUEL ANGEL CARRASCOSA LEÓN

1 Introducción

La dieta líquida hospitalaria es un estilo de plan de alimentación que se recomienda a los pacientes que ingresan y que consiste en la ingesta de alimentos y líquidos en forma de líquidos claros o semisólidos. Esta dieta se utiliza en circunstancias donde es necesario restringir la ingesta de sólidos, incluido el período de recuperación después de una cirugía, afecciones gastrointestinales agudas, preparación para exámenes físicos o cirugías, entre otras situaciones.

La idea detrás de la dieta líquida hospitalaria es brindar a los pacientes suficiente nutrición en una dieta equilibrada utilizando alimentos fáciles de digerir y absorbibles. Esta dieta permite una variedad de líquidos claros, como caldos, infusiones, jugos colados, gelatinas sin trozos, helados sin trozos sólidos, bebidas

deportivas y otros. También se pueden incluir alimentos semisólidos, como purés cremosos o platos licuados.

El objetivo de la dieta líquida hospitalaria es mantener hidratados a los pacientes y aportarles los nutrientes necesarios evitando al mismo tiempo el estrés digestivo y favoreciendo su recuperación. Además, al ser una dieta de fácil absorción, se reduce el riesgo de problemas gastrointestinales y se favorece la cicatrización de los tejidos.

Es importante recordar que la dieta líquida hospitalaria es temporal y se prescribe en función de los requerimientos particulares de cada paciente y su estado de salud. Con frecuencia, esta dieta sirve como trampolín para la reintroducción gradual de alimentos sólidos a medida que el paciente se recupera.

2 Objetivos

El objetivo de esta comunicación es demostrar el papel del pinche de cocina en la preparación de diversas dietas hospitalarias.

3 Metodología

Para crear las publicaciones sobre elaboración de dietas hospitalarias, se realizaron búsquedas en los principales buscadores indexados como PUBMED y SCIELO, luego se eligieron los artículos de los cuales se extrajo la información. También se buscó en Google usando palabras claves.

4 Resultados

En la preparación de la dieta líquida hospitalaria el pinche de cocina, también conocido como pinche de cocina o pinche de chef, es un actor imprescindible. La siguiente lista de tareas típicas de un pinche de cocina para preparar la dieta líquida del hospital no es exhaustiva y las tareas específicas pueden variar según la organización y las políticas del hospital.

El pinche de cocina es el encargado de preparar los alimentos necesarios para la dieta líquida hospitalaria. Según las indicaciones del nutricionista jefe o del chef, esto implica picar, pelar y cortar frutas, verduras y otros ingredientes.

La preparación y cocción de alimentos puede ser competencia del pinche de cocina. sopas y caldos son ejemplos de alimentos que se incluyen en la dieta líquida. Entre otras cosas, esto podría implicar preparar carnes, verduras y

otros ingredientes de acuerdo con instrucciones o recetas determinadas. También puedes encargarte de preparar alimentos cocidos licuándolos o moliéndolos.

Armado de bandejas y platos: El pinche de cocina puede ayudar a armar bandejas y platos que contengan los alimentos de la dieta líquida hospitalaria.

Siguiendo las pautas y sugerencias del personal de nutrición y del chef, esto implica disponer la comida de forma atractiva y organizada. Además, puede ayudar a distribuir platos y bandejas de acuerdo con las instrucciones del personal encargado de la alimentación de los pacientes.

Se deben mantener limpios y organizados los utensilios, espacios de trabajo y equipos utilizados en la preparación de la dieta líquida hospitalaria. De esto se encarga el pinche de cocina. Para lograrlo, la cocina debe mantenerse limpia en general, incluidos los utensilios y las encimeras. También puede ser responsable de realizar un seguimiento de los suministros y utensilios necesarios para la preparación de alimento.

Normas de seguridad alimentaria: El pinche de cocina está obligado a cumplir las normas establecidas para la manipulación y almacenamiento de los alimentos. Mantener es parte de esto.

Observar las temperaturas de cocción y almacenamiento, vigilar la higiene personal y garantizar que los alimentos se manipulen de forma segura y sin peligro contaminantes.

Es importante destacar que el pinche de cocina trabaja bajo la supervisión y orientación del chef o del personal de cocina responsable. Además, debe informar cualquier problema o inquietud sobre la calidad o seguridad de los productos alimentos al personal adecuado para una rápida resolución.

A la hora de preparar la dieta líquida hospitalaria, el pinche de cocina es una parte crucial del proceso. Entre las responsabilidades se encuentran preparar y cocinar alimentos, armar bandejas y platos, limpiar y mantener equipos y cumplir con las normas de seguridad alimentaria. Sus esfuerzos ayudan a garantizar la calidad y seguridad de los alimentos.

5 Discusión-Conclusión

Mantener altos estándares de higiene y seguridad alimentaria es un consejo clave para el pinche de cocina a la hora de preparar la dieta hospitalaria. Esto implica lavarse las manos con frecuencia y utilizar superficies y utensilios.

Limpieza y cumplimiento de las normas aceptadas de manipulación y almacenamiento de alimentos. Para garantizar que se sigan las instrucciones, también se deben tener en cuenta los requisitos y restricciones dietéticos especiales para

cada paciente. proporcionado por el chef y el personal de nutrición. Es fundamental expresar cualquier problema o preocupación sobre la calidad de los alimentos que consume y buscar ayuda o asesoramiento cuando sea necesario. en mantenimiento.

El pinche de cocina contribuye a ofrecer a los pacientes una dieta hospitalaria sana y segura, centrándose en la seguridad y la calidad de los alimentos.

6 Bibliografía

1.Rodríguez Arias, O. D., Hodelín Hodelín, M. C., González Ortiz, M., & Flores Bolívar, F. (2012). Dietas en las instituciones hospitalarias. *Medisan*, 16(10), 160

Capítulo 535

LA IMPORTANCIA DEL EMPLATADO POR EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA

LAALIA ROUAB PIQUERAS

LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS

SANTOS CARRASCOSA SANCHEZ

MIGUEL ANGEL CARRASCOSA LEÓN

VICTOR SANTOS PLASENCIA

1 Introducción

Planificar, organizar y gestionar con antelación el proceso de emplatado es fundamental para realizar el procedimiento correctamente y evitar errores o contaminaciones.

Es crucial que cada profesional de turno participe plenamente en la ocupación del plato. Una vez preparados todos los distintos menús o comidas, se completa esta tarea. Como este proceso se lleva a cabo en cadena, los delegados están organizados y ubicados específicamente para garantizar que todo se desarrolle de acuerdo con la estructura y el plan para ese turno de comida. Es necesario asignar tareas, acoplar componentes y ensamblar dispositivos la distribución de bandejas previa al emplatado, la cinta, el mantenimiento y la revisión de la protección de

temperatura de las mesas destinadas a alimentos calientes para que no pierdan funcionalidad como ya hemos mencionado.

El mismo procedimiento se utiliza durante los dos turnos requeridos para cubrir y atender las necesidades de la institución hospitalaria. Una vez para el desayuno, otra para el almuerzo, otra para la merienda y otra para la cena. Durante la etapa de planificación, no debe haber lugar para sorpresas porque un desliz puede arruinar todo el día de trabajo. Es necesario organizar y planificar todo. Sobre lo que normalmente llamamos el recubrimiento se aplica.

2 Objetivos

Dar a conocer a los pinches la estructura organizativa de la dirección y el cronograma de trabajo para el momento del emplatado.

3 Metodología

La preparación de este trabajo implicó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada.

Se consultaron los artículos de las bases de datos primarias y se realizó una búsqueda exhaustiva de libros y el buscador google.

4 Resultados

Como se mencionó anteriormente, cuando todo está preparado, el pinche traslada las bandejas correspondientes a las mesas calientes, las cuales están designadas según la función que cumplen.

Para mantener todo organizado y garantizar que siempre haya personal disponible, será necesario el trabajo de ocho pinches, que deberán ubicarse estratégicamente desde el primero al último de la cadena en el almuerzo y la cena. bandejas, pan, utensilios y etiqueta.

Después del ocupante inicial del puesto, se entregarán al siguiente individuo. Los siguientes de la cadena tendrán las ensaladas y postres si ese día también está disponible.

El encargado de los platos principales o base será el siguiente en la fila, seguido del encargado del segundo plato del menú correspondiente, y la siguiente casera será la encargada de la fruta.

Con el trabajo de siete pinches nos quedaríamos sin espacio para terminar a los ocho, que se situarán aproximadamente en mitad de la línea de montaje para servir de refuerzo en caso de que se pierda algo o se produzca alguna incidencia. Ningún profesional podrá salir de la línea de montaje una vez iniciada. Al final de la cadena habrá un ayudante, quien será el encargado de tapar la bandeja y colocarla en el carrito correspondiente por la mañana y entre comidas.

En desayunos y meriendas todo es esencialmente igual, a excepción del producto alimenticio que se servirá, que se ha cambiado porque requiere menos.

Se dedicó más planificación a la logística del almuerzo y la cena. Sólo se necesita un experto para colocar las bandejas en la línea de montaje; la siguiente persona se encargará de las mermeladas, mantequillas o infusiones, la tercera persona estará a cargo zumos, leche, etc. Alguien más será el encargado de asignar los yogures, bollería y otros elementos; esta persona también será la encargada de tapar las bandejas y colocarlas en el carrito correspondiente. Este procedimiento será supervisado cuidadosamente para garantizar que cada etiqueta se entregue desde la habitación adecuada al lugar adecuado para cada paciente.

El resto del personal de cocina se encargará de recoger, almacenar y limpiar una vez que los pinches designados hayan terminado de distribuir los carritos. También estarán a cargo de planificar o realizar cambios en la dieta y las finanzas de las personas los que siguen que aparecen.

Debido a que un pinche nombrará la etiqueta y él, cabe señalar que este trabajo o función se realiza en completo silencio.

Para evitar cometer errores, los demás deben prestar mucha atención. De acuerdo con las normas de higiene, deben usar guantes, mascarilla, gorro y el cabello recogido.

5 Discusión-Conclusión

Como resultado, enfatizamos lo importante que es que cada eslabón de la cadena de enchapado funcione de manera adecuada y efectiva. El tiempo estimado para esta línea de montaje de bandejas o cintas es de entre una hora y una hora y media, aunque dependerá del número de pacientes presentes en ese momento.

No hace falta decir que la cantidad de pinches necesarios también dependerá de cuántas personas estén empleadas o de cuántas camas haya disponibles en la instalación donde se realiza el trabajo.

Para que todo funcione correctamente y el servicio de comida no se vea afectado, es fundamental que el personal asignado allí cumpla con las normas, pautas y método de trabajo de higiene establecidos por el ayudante de cocina.

6 Bibliografía

1. <https://asgscampogibraltaroeste.es>

Capítulo 536

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ORGANIZACIÓN DE EVENTOS Y CONFERENCIAS MÉDICAS EN UN HOSPITAL

ENRIQUE ÁNGEL CARMONA GARRIDO

VERÓNICA MURILLO BEJARANO

LAURA DOMÍNGUEZ ALONSO

PALOMA SÁNCHEZ GARCÍA

YOLANDA JIMENEZ CARMONA

1 Introducción

La organización de eventos y conferencias médicas en un hospital es de gran importancia por varias razones. Estos eventos proporcionan una plataforma para que los profesionales de la salud se mantengan actualizados sobre los avances médicos, técnicas de tratamiento y mejores prácticas. Esto contribuye directamente a la mejora de la calidad de la atención médica que se brinda en el hospital.

Las conferencias médicas permiten a los médicos y otros profesionales de la salud compartir sus investigaciones, hallazgos clínicos y experiencias. Esto ayuda a difundir el conocimiento y promover la colaboración en la comunidad médica.

Además, algunos eventos ofrecen oportunidades de networking que pueden llevar a colaboraciones, investigaciones conjuntas y desarrollo profesional. Los profesionales pueden establecer contactos con colegas de todo el mundo y aprender de sus experiencias (1).

La capacidad de un hospital para organizar y acoger eventos médicos de alta calidad puede aumentar su reputación y prestigio en la comunidad médica. Esto puede atraer a médicos talentosos y pacientes que buscan atención de alta calidad. Y es que los eventos también pueden ser una plataforma para presentar servicios y programas especiales del hospital, lo que puede aumentar la conciencia entre los profesionales de la salud y la comunidad en general.

Las conferencias médicas a menudo son un lugar donde se presentan investigaciones en curso. Esto puede fomentar la investigación y el desarrollo en el hospital, lo que a su vez puede traducirse en mejoras en el tratamiento y la atención médica. Otros eventos permiten la discusión y revisión de directrices y protocolos médicos. Esto es fundamental para asegurarse de que el hospital esté alineado con las prácticas médicas más actuales y efectivas.

2 Objetivos

1. Explicar las actividades relevantes que debe realizar un auxiliar administrativo de la organización de eventos y conferencias médicas en un hospital.

.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica existente. Se realizó una búsqueda sistemática exhaustiva de libros, así como una revisión de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Google académico, mediante la selección de artículos científicos de publicaciones científicas arbitradas.

4 Resultados

El auxiliar administrativo desempeña un papel crucial en la organización de eventos y conferencias médicas en un hospital, ya que estas actividades son funda-

mentales para la educación continua de los profesionales de la salud, la difusión de avances médicos y la promoción de la reputación del hospital. Además, se encarga de coordinar todos los aspectos logísticos del evento, asegurándose de que todo esté listo para el día del evento. Para llevar a cabo esta tarea, el auxiliar administrativo realiza diversas funciones (2).

En primer lugar, se encarga del registro de participantes, organizando y gestionando el proceso de registro, emitiendo credenciales y haciendo un seguimiento de pagos si es necesario. Además, colabora en la comunicación y promoción del evento, participando en la creación de materiales promocionales y difundiendo el evento a través de medios digitales, redes sociales y correo electrónico.

En cuanto a la gestión de presupuesto, trabaja en conjunto con el departamento financiero para establecer y hacer un seguimiento del presupuesto del evento, asegurándose de que los gastos se mantengan dentro de los límites establecidos. También, coordina a los ponentes, contactándolos, proporcionándoles información sobre la conferencia y asegurándose de que cuenten con los recursos necesarios para sus presentaciones.

Durante el evento, el auxiliar administrativo está presente para asegurarse de que todo funcione sin problemas, supervisando el registro de asistentes, atendiendo preguntas y resolviendo cualquier problema logístico que pueda surgir. Después del evento, recopila retroalimentación de los asistentes, realiza encuestas de satisfacción y elabora informes sobre el desempeño del evento, lo que puede ayudar a mejorar futuras conferencias (3).

Además, mantiene un archivo organizado de todos los documentos relacionados con el evento, como contratos, facturas y correspondencia, para futuras referencias. Asegura también el cumplimiento normativo, garantizando que el evento cumple con todos los requisitos legales y normativos, como permisos y licencias necesarios.

Por último, trabaja en estrecha colaboración con otros departamentos del hospital, como el de marketing, el financiero y el de recursos humanos, para garantizar una ejecución eficiente y efectiva del evento. Y es que, el auxiliar administrativo desempeña un rol fundamental en la organización de eventos y conferencias médicas en un hospital, garantizando que todo se desarrolle sin problemas y contribuyendo al éxito de estos importantes eventos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del auxiliar administrativo en la organización de eventos y conferencias médicas en un hospital es esencial para garantizar el éxito de estas actividades cruciales. Este profesional desempeña un rol multifacético que abarca desde la coordinación logística hasta la gestión financiera y la atención a los detalles.

Su contribución asegura que los eventos se lleven a cabo sin problemas, promoviendo la educación continua de los profesionales de la salud, la difusión del conocimiento médico y la mejora de la reputación del hospital. En última instancia, el auxiliar administrativo desempeña un papel fundamental en la promoción de la excelencia en la atención médica y el avance de la medicina.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/funciones-administrativo-centros-sanitarios/>
2. <https://revistamedica.com/auxiliares-administrativos-trabajo-hospital/>
3. <https://www.formacionalcala.com/articulos/113/funciones-del-auxiliar-administrativo-sanitario#:~:text=Realizar%20la%20recepci%C3%B3n%20del%20usuario,generar%20ambientes%20de%20trabajo%20%C3%B3ptimos.>

Capítulo 537

LA ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

MARIA LOZANO PEREZ

PEDRO ORTEGA LAIN

ANTONIO GIL MORENO

ANTONIO DAVID NIEVES DIAZ

JORGEN DANERYS PEGUERO MENDEZ

1 Introducción

Al servicio de urgencias acuden personas solicitando asistencia médica urgente, por lo que es importante distinguir una Emergencia y una Urgencia.

Este puesto concreto requiere dinamismo, humanismo, paciencia y espíritu de equipo.

El servicio de Urgencias de cada hospital, sigue una distribución basada en la funcionalidad y la operatividad.

El celador debe tener una organización adecuada y funcional, con unas zonas definidas y delimitadas para una correcta atención.

La dificultad del proceso de urgencias requiere interacción con otras unidades, análisis clínicos y diagnósticos por imagen, lo que unido a la presión asistencial y la existencia de pacientes con diferente nivel de gravedad y patologías.

Una vez que el médico ya ha pasado el reconocimiento al paciente, y en el caso de que el enfermo requiera el traslado a planta, el celador será de nuevo ,el encargado de transportarlo hacia donde haya sido destinado,por la unidad administrativa de admisión de enfermos.

De todas maneras, el celador puede tener otras funciones cuando se encuentran en el servicio de urgencias, ya que este puede encontrarse trabajando en la puerta de entrada de urgencias, o como apoyo interno o externo en urgencias.

Real Decreto 1790/2011, de 16 de diciembre, por el que se complementa el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales, mediante el establecimiento de dos cualificaciones profesionales correspondientes a la familia profesional Sanidad.

2 Objetivos

Dar a conocer el papel del celador en el servicio de urgencias.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una búsqueda exhaustiva ,que consiste en una revisión bibliográfica de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos, así como una revisión de exposiciones ,documentales y guías de práctica clínica basada en la evidencia científica disponible.

4 Resultados

En urgencias nos encontramos diferentes salas.

El servicio de urgencias debe estar equipado de los medios técnicos y humanos imprescindibles para asegurar un nivel asistencia ideal.

En este servicio nos encontramos con distintos tipos de empleados que ejercen funciones variadas y organizadas dentro de lo que es la cadena asistencial.

El celador es uno de los miembros de esta cadena y, además de las diversas funciones que tienen establecidas de manera genérica, tiene definidas una serie de funciones determinadas en el servicio de urgencias.

Los celadores se incluyen dentro del personal no sanitario de las diversas administraciones públicas, es decir, el personal que no se encuentra dentro de los grupos de personal médico, ni de personal sanitario no facultativo.

Este personal es uno de los grupos que se integran en el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.

A este personal no sanitario, los englobamos en el grupo de personal subalterno. El grupo de personal subalterno tendrá dentro de sus labores las funciones propias de su denominación, prestando la colaboración que le sea necesaria en orden a la realización de su misión.

Previamente hemos detallado cuáles son las funciones del celador descritas en el Estatuto del Personal no Sanitario.

En su extenso número de apartados que se ocupan de regular las diversas funciones de este personal subalterno, determina que sea uno de los grupos que más expresa y extensamente tiene reguladas y descritas sus competencias de entre todo el personal que ejerce sus servicios en las Instituciones Sanitarias.

Estas funciones serán variadas según el lugar en el que se encuentre el celador ejerciendo su labor. Un celador desempeña una función definida según se disponga en cada centro sanitario, pero debe estar formado para asumir las funciones de otros puestos distintos de los habituales cuando le sean asignados por sus superiores.

Los celadores han de ser personas con facilidad de palabra ,amabilidad comprensión y empatía.

En conclusión podemos decir que es de gran extensión el número de diversas tareas que puede ejercer el celador en distintos centros sanitarios.

5 Discusión-Conclusión

-Es importante señalar que el celador es la primera persona que recibe a los pacientes por lo tanto su predisposición es muy importante.

-Las funciones que tiene que llevar a cabo los celadores en el servicio de urgencias son muy variadas, destacamos el control, y el orden de entrada de los pacientes, atención a los pacientes con empatía para desarrollar una buena actividad sanitaria.

-En el servicio de urgencias es fundamental el trabajo de los celadores , ya que realiza funciones muy variadas y de apoyo al resto de personal sanitario.

-Para así conseguir que la atención a los pacientes sea de calidad y la actividad se ejerza de forma correcta.

6 Bibliografía

1.<https://elblogdelcelador.files.wordpress.com/2012/07/manual-de-actuacion-del-celador-en-los-distintos-ambitos-sanitarios.pdf>

2.https://www.google.com/search?q=salas+de+urgencias&rlz=1C1AVFC_enES845ES845&oq=salas+de+urgencias&aqs=chrome..69i57j46i512j0i512l4j0i22i30l3j0i22i30i457.2927j1j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8

Capítulo 538

ACTUACIÓN DEL CELADOR CON EL ENFERMO Y SUS FAMILIARES

MARIA LOZANO PEREZ

PEDRO ORTEGA LAIN

ANTONIO GIL MORENO

ANTONIO DAVID NIEVES DIAZ

JORGEN DANERYS PEGUERO MENDEZ

1 Introducción

La orientación e información que debe facilitar el celador, se engloba dentro del derecho que tiene el usuario de las instituciones sanitarias. Como refleja el artículo 10.2 de la Ley General de Sanidad, el cual también hace referencia a como debe ser dicha información: clara, sencilla, comprensible, completa y detallada y que sea comprensible por cualquier persona.

El celador normalmente es la primera persona con la que contacta paciente y sus familiares cuando llegan a una institución sanitaria, dependiendo de la forma en la que se acuerde este contacto se puede ocasionar una buena o mala impresión. Por ende necesario que el celador tenga una adecuada formación.

Los celadores tienen encargada la función de dar información al usuario, pacientes, familiares, siempre que esta información no se refiera a datos de diagnósticos, exploraciones, pruebas o tratamientos que se le estén realizando al paciente. El celador no deberá hacer comentarios sobre diagnósticos, tratamientos

y exploraciones que se estén realizando a los pacientes. El paciente y sus familiares deben ser tratados según su personalidad, con amabilidad y respeto, dándole muchísima atención, de tal manera que crea que únicamente nos interesan sus problemas y preocupaciones.

2 Objetivos

- Informar sobre las funciones del celador en el trato con familias y pacientes.

3 Metodología

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

4 Resultados

El celador tiene que tener siempre en cuenta que no hay dos pacientes iguales en el mundo, e intentar comprender y entender a quién está tratando. Esta actitud del celador hacia las personas es muy importante, porque para el público el celador representa al centro y la apariencia que se tenga de él.

Por la importancia de ser celador, se debe considerar que en algunos momentos puede llegar a ser alguien muy importante para quien le pregunta o necesita, ya sea un familiar o paciente, por ende debe tener en cuenta la importancia de sus actos hacia dichas personas.

En los centros sanitarios, el contacto directo con el paciente o acompañante, tienen que intensificarse al máximo, intentando humanizar las relaciones que se establecen. Tenemos que intentar quitar ese sentimiento de que las personas son números, en algunas instituciones.

El celador tiene que tener en cuenta que los pacientes requieren comprensión, amabilidad, y atención.

Siempre debemos tener en cuenta, que se va a tratar, en la mayoría de los casos, con personas que sufren y que por ende su comportamiento delante de ellos ha de ser humano y delicado.

El enfermo, normalmente, está triste por los problemas que la enfermedad ocasionan a él y a su familia, además para él es un momento muy complicado, las preocupaciones por su salud, por quien se ocupara de él, son grandes.

Esto hace que en estos momentos. El enfermo y sus familiares se hacen más sensibles y notan con más facilidad los detalles, un simple descuido por parte del celador al entrar en el centro es bastante para ocasionar un estado desánimo.

La información a las personas tiene que ser siempre precisa, concreta, amable y sencilla para que se pueda entender perfectamente

5 Discusión-Conclusión

El paciente y la familia se deben tratar y deben de ser el objetivo, de la medicina y los cuidados .Hay que incluir el cuidado de la familia, ya que si se siente abrumada puede entorpecer las relaciones con el paciente y su calidad de vida. Las ventajas que aporta el apoyo a la familia merece un trabajo por parte de todos los celadores, para beneficiar la calidad de vida del enfermo y prevenir dificultades en la recuperación. Nuestro trabajo debe tener como fin que paciente y familia, sean atendidos de una manera correcta y se sientan cómodos en todo momento.

6 Bibliografía

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

Capítulo 539

HIGIENE POSTURAL DEL CELADOR

JUAN CARLOS CASTILLA ROMERO

DIANA CRISTINA GARZON CORTES

LORENA SEGUIDO PANTOJA

ANA BELÉN RODRÍGUEZ IMBERNON

PABLO HERRERO POZUELO

1 Introducción

La higiene postural es una serie de normas cuyo objetivo primordial es tener una buena postura del cuerpo (ya sea moviéndote o estando parado), para poder evitar posibles lesiones y patologías.

El objetivo es tener una correcta posición en el trabajo. Hay que estar atentos a cómo nos sentamos o qué postura adoptamos para andar o estar de pie, especialmente durante la jornada laboral.

Si no se realiza estas posturas adecuadas, puede tener distintos problemas musculoesqueléticos, que son molestias, dolores o incomodidades que afectan a varias zonas del cuerpo. Si estas lesiones empeoran, pueden originar enfermedades crónicas en el entorno laboral.

El sedentarismo no es el único problema en el trabajo con respecto a la higiene postural. Las tareas se pueden hacer de distintas formas, algunas de las cuales son más seguras y requieren de un menor esfuerzo físico. Por ejemplo, si tenemos que mover a un paciente no es lo mismo, desplazarlo con los brazos extendidos que llevarte al paciente lo más cerca de tu cuerpo y moverlo.

Algunas de las consecuencias por no tener una buena higiene postural son, problemas musculares, de columna vertebral, hernias, lumbalgias, cervicales o incluso enfermedades cardiovasculares. También es importante fortalecer la musculatura, ya que vamos a ejercer mucha fuerza sobre ella.

2 Objetivos

- Mantener la correcta posición del cuerpo, tanto en movimiento como en reposo.
- Evitar posibles lesiones aprendiendo a proteger principalmente la columna vertebral.
- Cuidar de no forzar la musculatura, ya que nos llevaría a tener problemas posteriores.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha investigado sobre artículos académicos literatura científica existente. Se ha consultado Revistas de medicina y ciencias de la actividad física.

Se ha consultado también congresos y ponencias de especialistas sobre higiene postural en sus distintos campos.

4 Resultados

La Espalda

La espalda es una parte importante del cuerpo que hay que protegerla y cuidarla para su buen funcionamiento.

Sus tres funciones principales son:

1. Aguantar el cuerpo y realiza distintos movimientos.
2. Mantiene el centro de gravedad de cuerpo.
3. Proteger la médula espinal.

Articulaciones vertebrales:

- Las vértebras se articulan unas con otras.
- Las articulaciones que están en las vértebras cervicales permiten realizar movimientos en distintas direcciones y amplitud.
- Las articulaciones vertebrales no tienen todas la misma movilidad, ya que las torácicas y dorsales son articulaciones con movilidad más reducidas.

- Por lo contrario, las articulaciones entre las vértebras lumbares tienen un recorrido mayor, exceptuando el que se produce hacia atrás, que tiene un recorrido menor. Soportan 2/3 partes del peso del cuerpo y recaen gran parte de los movimientos.

Los músculos abdominales

Estos músculos van desde la parte inferior de las costillas hasta la parte superior de la pelvis, protegiendo los órganos internos. Los que están en la parte anterior se llaman “rectos anteriores”, los que están en la parte lateral se llaman “oblicuos y Transversos” y los oblicuos pueden ser mayor y menor. Todos estos músculos nos hace que giremos la columna hacia delante, giremos hacia izquierda o derecha, hacen rotar las caderas, etc.

La postura

Es la forma en que cada uno coloca su cuerpo y lo mantiene para que no caiga por la atracción de la Ley de la Gravedad.

La buena postura corporal es aquella que distribuye todo el peso del cuerpo de una forma equilibrada, facilitando a los músculos que lo sostiene el mínimo esfuerzo y relajación en cualquier movimiento que realicemos.

Las malas posturas en las tareas del día a día de cualquier persona y en el trabajo pueden provocar problemas tanto en articulaciones como músculos dando lugar a aparición de dolor tanto en la espalda, como articulares en las extremidades.

La actitud mental

Aquellas personas que tengan actitud evasiva puede provocar que dure más un dolor de espalda y perdure más en el tiempo.

Hacer ejercicio

Para prevenir dichos dolores y problemas articulares la práctica de deportes es un método muy útil para prevenir dichas lesiones. Aunque es conveniente antes de comenzar cualquier actividad deportiva, consultar a un médico.

Está totalmente contraindicado el ejercicio en las crisis agudas y cuando está incapacitado de movilidad.

A la semana.

Realizaremos diferentes ejercicios para el fortalecimiento del cuerpo:

- Abdominales
- Dorsolumbares
- Cervicodorsales
- Glúteos y cuádriceps
- Estiramientos dorsolumbares
- Estiramientos cervicodorsales
- Estiramientos isquiotibiales

5 Discusión-Conclusión

La ayuda de carros o camillas, puede reducir el trabajo sobre el celador al llevar pacientes o materiales pesados. Estos aparatos dan apoyo adicional y facilitan realizar las tareas, reduciendo el riesgo de lesiones.

Es importante también la importancia de hacer pausas y estiramientos a lo largo de la jornada laboral. Estas pausas aliviar la tensión acumulada en los músculos y mantiene la flexibilidad necesaria para realizar las tareas de manera eficiente y segura.

Así que la higiene postural desempeña un papel importante en la vida profesional del celador. Adoptar medidas adecuadas de cuidado postural, como mantener una buena alineación de la columna vertebral a la hora del esfuerzo principalmente, utilizar técnicas para levantar cargas.

6 Bibliografía

1. Revista internacional de medicina y ciencias de la actividad física y del deporte.
2. Revista médica
3. Congresos

Capítulo 540

EL CELADOR Y LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

ANA BELÉN RODRÍGUEZ IMBERNON

DIANA CRISTINA GARZON CORTES

JUAN CARLOS CASTILLA ROMERO

LORENA SEGUIDO PANTOJA

PABLO HERRERO POZUELO

1 Introducción

La esclerosis múltiple se caracteriza por ser una enfermedad de la médula espinal y del cerebro del sistema nervioso central. La sustancia conocida como mielina recubre y protege las fibras nerviosas. Sirve para acelerar la transmisión de los impulsos nerviosos y está compuesto por proteínas y grasas. Los síntomas de la enfermedad comienzan a manifestarse cuando la mielina se daña porque los nervios dejan de transmitir señales al cerebro.

Es una enfermedad autoinmune crónica, que suele afectar más a las mujeres que a los hombres y se manifiesta por primera vez entre los 20 y los 40 años.

Se cree que la esclerosis múltiple es causada por un virus o antígeno no identificado que, de alguna manera, hace que el cuerpo ataque su propia mielina, aunque se desconoce la causa exacta de la enfermedad.

Además de no ser una enfermedad mortal ni un trastorno psiquiátrico, la esclerosis múltiple no es una enfermedad hereditaria, contagiosa ni mortal.

Existen varios tipos de esclerosis múltiple según su evolución:

- La forma más frecuente de esclerosis múltiple, recurrente-remitente, provoca brotes que pueden durar días, semanas o incluso meses.

No hay brotes ni remisiones en la enfermedad primaria progresiva; se manifiesta como un inicio gradual y una progresión continua.

- Secundario-progresivo: una progresión continua con remisiones intrascendentes e intervalos estables.

La historia clínica se utiliza para realizar el diagnóstico de esclerosis múltiple, que se caracteriza por la aparición de síntomas e indicios de lesiones en el sistema nervioso central que conllevan brotes de actividad clínica seguidos de fases remitentes.

La resonancia magnética, el estudio del líquido cefalorraquídeo y el examen neurológico son otros procedimientos de diagnóstico cruciales.

2 Objetivos

Explicar los aspectos fundamentales a tener en cuenta sobre la esclerosis múltiple por parte del celador.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliografía sobre la esclerosis múltiple y la actuación del profesional sanitario con este tipo de enfermos. Para la elaboración de este capítulo se han utilizado como descriptores de búsqueda las palabras clave: esclerosis, múltiple, síntomas, diagnóstico y cuidados.

4 Resultados

Numerosos síntomas de la esclerosis pueden adoptar muchas formas diferentes y no todas las personas los experimentarán todos. Inestabilidad al caminar, sensibilidad al calor, hormigueos y temblores en las extremidades, agotamiento, dificultad para respirar, problemas de equilibrio, mala coordinación, trastornos cognitivos, dificultad para hablar, problemas intestinales y urinarios, etc.

Dado que no existe cura para esta enfermedad, los objetivos serán frenar su progresión y tratar los síntomas y efectos secundarios.

Para tratar a un paciente con esclerosis múltiple, es posible que sea necesario completar una variedad de tareas o funciones, que incluyen:

Ayudar a los pacientes a comprender la información sobre el proceso de su enfermedad.

Brindar a la paciente la independencia que necesita mientras presta ayuda con las necesidades de la vida diaria.

Trabajar en conjunto con el equipo multidisciplinario.

Brindar instrucciones sobre cómo aplicar correctamente el tratamiento recomendado y realizar un seguimiento de sus resultados.

Vigilar y gestionar el tratamiento.

Para cada paciente con esclerosis múltiple se debe crear un plan de atención personalizado en función de sus necesidades.

Enseñar técnicas de autocuidado, cómo detectar y responder a un brote, cómo utilizar los recursos sociosanitarios y cómo seguir pautas higiénicas y dietéticas.

Proporcionar a los pacientes información sobre cualquier síntoma potencial relacionado con la enfermedad y términos médicos desconocidos.

5 Discusión-Conclusión

El paciente con esclerosis múltiple debe llevar un estilo de vida saludable que incluya ejercicio regular. También se sugiere una dieta equilibrada y variada, y es fundamental que el paciente se abstenga del consumo de tabaco porque se ha demostrado que fumar acelera la progresión de la enfermedad.

El neurólogo, que es el profesional médico más adecuado para educar y asesorar a un paciente con esclerosis múltiple durante todo el proceso de la enfermedad, debe ser visitado periódicamente a medida que avanza la enfermedad.

Actualmente no existen tratamientos que puedan "curar" la esclerosis múltiple, pero sí terapias que pueden alterar el curso de la enfermedad, aliviar los síntomas que dificultan la realización de las actividades diarias y disminuir las complicaciones, así como terapias farmacológicas y de rehabilitación.

6 Bibliografía

1. https://www.todostuslibros.com/libros/el-celador-y-la-asistencia-en-pacientes-con-esclerosis-multiple_978-84-19194-93-0
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 541

FUNCIONES DEL CELADOR EN INSTITUCIONES SANITARIAS

MARIA LOZANO PEREZ

PEDRO ORTEGA LAIN

ANTONIO GIL MORENO

ANTONIO DAVID NIEVES DIAZ

JORGEN DANERYS PEGUERO MENDEZ

1 Introducción

El celador es la persona que tiene por encargo vigilar el obediencia de las normas y el orden, también es el encargado de hacer otras labores.

El celador es quien que primero se contacta, ya sea como paciente o como usuario, a un centro sanitario, en las instituciones sanitarias aparecerán distintas situaciones en las que el celador tendrá que actuar.

Las funciones del celador aparecen recogidas en el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, Orden del Ministerio de trabajo de 5 de julio de 1971, en el artículo 14.2.

Es muy importante trabajar en equipo dentro de las instituciones sanitarias. El Celador es una parte fundamental en los componentes que hacen funcionar un Hospital. Hay que saber, que un equipo de trabajo y un grupo, no es lo mismo.

El trabajo en equipo a veces supone la coordinación de, muchos profesionales: médicos, farmacéuticos, enfermeras, técnicos auxiliares de enfermería, celadores, trabajadores sociales, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales... Trabajando todos juntos para conseguir un propósito común, el bienestar del paciente.

Un equipo de trabajo tiene que reunir unas características que van a promover su desarrollo, esto no significa que sus objetivos tengan el éxito que buscan. Puede ocurrir que un equipo funcione un determinado tiempo y no lo vuelva a hacer, un buen equipo, no significa que vaya a serlo siempre.

2 Objetivos

Exponer el papel del celador en las instituciones sanitarias.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una búsqueda exhaustiva, que consiste en una revisión bibliográfica de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos, como PubMed, Medline y Scielo, así como una revisión de exposiciones, documentales y guías de práctica clínica basada en la evidencia científica disponible.

4 Resultados

Los celadores son el personal no sanitario que trabaja al servicio de las instituciones sanitarias y se les clasifica como personal de gestión y servicios. Su labor es importante para lograr el correcto funcionamiento de los centros, al igual que el resto del personal (médicos y el personal de enfermería...).

Cuando el paciente llega a una institución sanitaria, la mayoría de las veces, llega desorientado, por lo que el celador se pondrá a su disposición, ayudándole, aconsejándole y dirigiéndose a él con palabras amables, intentando solucionar sus problemas de una forma rápida y eficaz.

Hay que tener en cuenta que, habitualmente, el primer contacto que tiene el paciente en el ámbito sanitario es con el celador/a, siendo la primera persona que, con buena actitud, se encarga de dar al paciente un buen trato y servicio.

Los celadores también tendrán a su cargo el traslado de los enfermos, dentro de las instituciones sanitarias. Por eso es muy importante que se haya recibido una correcta información y formación para dar un excelente servicio al mismo.

El celador es quien tiene la función de acompañar a los pacientes, desde el servicio de admisión hasta las distintas dependencias de las instituciones sanitarias. Independientemente de que el paciente pueda caminar o vaya en camilla o en silla de ruedas, siempre debe acompañado por un celador.

Los celadores tienen que tener un trato agradable y amable, con todos los pacientes que acudan a él/ella, a solicitar ayuda o información. Además, también permanecerán en sus puestos de trabajo toda la jornada laboral, siendo sustituido por otro compañero durante su descanso.

Este personal trabaja en equipo y esto es importante para conseguir un buen funcionamiento de las instituciones sanitarias.

5 Discusión-Conclusión

El celador de un centro sanitario es quien se encarga y ayuda a que el funcionamiento del centro se cumpla organizadamente. Además, también, es el que facilita el proceso a los pacientes y el que se encarga de asegurar la tranquilidad de ellos, mientras ellos se encuentran ingresados en el hospital.

Es fundamental que el celador cumpla con una serie de responsabilidades y requisitos, reunir cierta formación y conocimientos para que esto se lleve a cabo de una manera adecuada y eficaz.

En definitiva, tras la investigación realizada, se puede definir al celador como la persona encargada de vigilar el orden del hospital, en general apoyando y asegurando el cumplimiento de las normas.

6 Bibliografía

1. <https://elblogdelcelador.files.wordpress.com/2012/07/manual-de-actuac3b3n-del-celador-en-los-distintos-c3a1mbitos-sanitarios.pdf>.
2. <https://www.google.com/search?q=salas+de+urgencia>.

Capítulo 542

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES EN LA UNIDAD DE CITACIONES DE UN HOSPITAL

RAQUEL ISIDORO CARMONA

SONIA CORONADO RUBIO

CRISTINA GONZÁLEZ GÓMEZ

MARIA ISABEL RICHART MELLADO

MARÍA JESÚS GONZALEZ PARRAGA

1 Introducción

Para satisfacer las necesidades tanto de atención primaria como de atención especializada, el asistente administrativo de la unidad de citas debe estar constantemente al tanto del tipo de cita que debe realizar.

Según la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, el hospital es la institución encargada tanto de la hospitalización clínica como de la atención especializada y complementaria que se requiera en su ámbito de influencia en el apartado 65, punto 2. ”.

Hablaremos también del Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, que se refiere a las estructuras sanitarias fundamentales. Su artículo 2.1 establece: “El Centro de Salud es la estructura física y funcional que permite la creación de una dispensa de atención primaria de salud globalmente coordinada, integral, continua

y basada en la colaboración entre profesionales de los ámbitos sanitarios y ajenos a ellos salud.

Por el contrario, y en cumplimiento del Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud en su apartado cinco.

Los hospitales tendrán como finalidad principal brindar atención especializada, promover la salud, prevenir enfermedades y realizar investigaciones, de acuerdo con los planes de cada Área de Salud”.

2 Objetivos

Enumerar las principales responsabilidades y funciones de un auxiliar administrativo que trabaja en el departamento de citas de los centros hospitalarios.

3 Metodología

Para completar este capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica , utilizando palabras clave como ”citas en un centro hospitalario por parte del auxiliar administrativo” en las principales bases de datos Medline, Scielo, Pubmed y Google. ”.

4 Resultados

Para evitar largas listas de espera que molestan a los pacientes, el auxiliar administrativo de citas debe programar y reprogramar eficientemente cada cita mientras administra, controla y conoce los horarios de las distintas especialidades que están presentes en el hospital. Por todos estos factores es necesaria una estrecha línea de comunicación entre esta unidad y los responsables de cada especialidad existente.

El auxiliar administrativo de la unidad de cita en un ámbito hospitalario debe conocer el protocolo y la normativa interna para distinguir entre citas realizadas por atención primaria o atención especializada, por el propio hospital o por el servicio de urgencias, ya que cada una requiere un abordaje diferente. El propio centro de salud procesa las citas realizadas por los proveedores de atención primaria para las consultas hospitalarias iniciales utilizando los programas informáticos adecuados, bajo la supervisión del asistente administrativo de la unidad

de citas del hospital de referencia correspondiente. Cuando se requieren citas para el seguimiento continuo del paciente, el hospital es responsable de procesarlas. Esta unidad de citas gestiona todas las citas del servicio de urgencias, de forma muy parecida a como lo hace el servicio de urgencias.

Cuando un paciente es llamado para ser atendido en una consulta, se activa un sistema informático de pantallas y códigos. Actualmente los hospitales utilizan las nuevas tecnologías. En este sistema no se muestran datos personales. Esto se hace en reconocimiento de la considerable cantidad de datos personales que los hospitales deben gestionar. El asistente administrativo de como resultado.

Esta división debe haberlo hecho un conocimiento de las leyes de protección de datos actualmente vigentes. Algunos hospitales han implementado un sistema de citas online porque el paciente programa su propia cita con el especialista.

Esto evita colapsos innecesarios en respuesta al ataque viral que sufrieron en los últimos años.

5 Discusión-Conclusión

Una herramienta crucial para la atención continua del paciente a nivel médico es la unidad de citas.

La gestión, organización y programación de citas para atención especializada y consulta médica son tareas cruciales que realiza el auxiliar administrativo de esta unidad. Para ello deben ser expertos en sistemas informáticos, conocer los protocolos y conocer la normativa sanitaria más reciente de cada centro.

Para elaborar agendas de citas que nos permitan es necesaria la comunicación entre la unidad de citas y los responsables de cada especialidad de atención hospitalaria. Estos protocolos deben ser claros, concisos y organizados por parte del auxiliar administrativo.

6 Bibliografía

- www.revistamedica.com
- www.scielo.org

Capítulo 543

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU PAPEL EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO

RAQUEL ISIDORO CARMONA

SONIA CORONADO RUBIO

CRISTINA GONZÁLEZ GÓMEZ

MARIA ISABEL RICHART MELLADO

MARÍA JESÚS GONZALEZ PARRAGA

1 Introducción

El puesto de auxiliar administrativo en el servicio de radiodiagnóstico es crucial para garantizar el buen funcionamiento y eficacia de este departamento en el ámbito de la salud. El campo médico de la radiología utiliza técnicas de diagnóstico por imágenes para ayudar con la detección temprana y el tratamiento de una amplia gama de enfermedades y lesiones. En esta situación, el auxiliar administrativo es fundamental para coordinar tareas y apoyar a los profesionales médicos para garantizar que los pacientes reciban la mejor atención posible. Este trabajo analizará el trabajo del auxiliar administrativo en el servicio de radiodiagnóstico, destacando su importancia en las instituciones sanitarias, así como las funciones y competencias que debe tener.

Se analizarán los desafíos y oportunidades que enfrentó el auxiliar administrativo del servicio de radiodiagnóstico en un entorno médico que estaba en constante evolución debido a la tecnología.

El auxiliar administrativo del servicio de radiodiagnóstico es parte esencial para el funcionamiento eficiente de esta división de suma importancia en el campo de la medicina. Para brindar a los pacientes una atención de alta calidad y diagnósticos precisos que mejoren su salud y bienestar, debes ayudar con la coordinación de tareas, la gestión administrativa y el apoyo de los profesionales de radiología.

2 Objetivos

- Conocer el aporte del auxiliar administrativo al servicio de radiodiagnóstico.
- Enumerar los conocimientos, habilidades y habilidades requeridas del auxiliar administrativo.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica. Se han recopilado diversas fuentes bibliográficas, artículos científicos y documentos especializados en las principales bases de datos y en buscadores de internet con la utilización de palabras, que hablan de la función del auxiliar administrativo en el servicio de radiodiagnóstico.

4 Resultados

El auxiliar administrativo en este ámbito juega un papel fundamental en el sistema sanitario porque mejora significativamente la eficacia y organización del servicio de radiodiagnóstico. Es responsable de una amplia gama de tareas administrativas y de gestión que son esenciales para el buen funcionamiento del departamento de radiología. Dado que el auxiliar administrativo es el primer punto de contacto del paciente cuando llega al servicio de radiodiagnóstico, recibir a los visitantes y brindar atención al paciente son dos de sus principales funciones. Él es responsable de hacerlos sentir bienvenidos, mostrarles una cálida consideración y asegurarse de que estén debidamente registrados para sus exámenes de radiología.

Con el fin de equilibrar los horarios de los pacientes con la disponibilidad del equipo y personal técnico necesarios, es el encargado de concertar y gestionar

las citas para estudios radiológicos.

El auxiliar administrativo es el encargado de mantener registros precisos y actualizados de cada paciente, así como registros de los estudios que se han realizado, sus hallazgos y cualquier otra información relevante. Además de supervisar los informes radiológicos y los archivos de imágenes.

Gestión de facturación y pagos: está a cargo de asegurarse de que los servicios radiológicos se facturen con precisión, así como de gestionar los pagos de los paciente o compañías de seguros.

Coordinación con otros departamentos: por ejemplo, los departamentos de admisiones y facturación del centro médico deben mantenerse en contacto.

El auxiliar administrativo podrá colaborar con otros para organizar reuniones o eventos propios del servicio de radiodiagnóstico, así como para gestionar los suministros y materiales necesarios para la realización de estudios radiológicos.

Un auxiliar administrativo en radiología de diagnóstico debe dominar la comunicación oral y escrita. Para las interacciones con pacientes, personal médico y otros profesionales de la salud, esta capacidad es esencial.

La planificación cuidadosa y la atención al detalle son esenciales para gestionar citas, registros y facturación con el fin de evitar errores.

Debido al papel cada vez más importante de la tecnología en radiología, el auxiliar administrativo debe estar familiarizado con el uso de sistemas informáticos específicos para gestionar los datos de los pacientes y ahorrar tiempo en los procesos administrativos.

5 Discusión-Conclusión

Finalmente cabe señalar que en el ámbito sanitario el auxiliar administrativo es fundamental para el servicio de radiodiagnóstico. Su trabajo implica una variedad de deberes vitales que respaldan la organización y eficiencia del departamento y permiten un funcionamiento eficiente y una atención al paciente de alta calidad. El auxiliar administrativo es una parte esencial del flujo de trabajo del servicio de radiología y ayuda con todo, desde la recepción y la atención al paciente hasta la programación de citas, el registro y la facturación.

Las interacciones exitosas entre el paciente y el personal, así como la gestión precisa de la información y los procedimientos administrativos, dependen de la capacidad de comunicarse de manera efectiva, tener un conocimiento práctico de la terminología médica y estar bien organizado.

Como resultado, el auxiliar administrativo debe ser capaz de utilizar estos programas y sistemas informáticos particulares, lo que requiere obtener el conocimiento

y la capacitación necesarios, así como mantenerse al día con los nuevos desarrollos tecnológicos.

6 Bibliografía

- Pubmed
- www.scielo.org

Capítulo 544

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SU PAPEL EN LA GESTIÓN DE DOCUMENTACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD MENTAL

RAQUEL ISIDORO CARMONA

SONIA CORONADO RUBIO

CRISTINA GONZÁLEZ GÓMEZ

MARIA ISABEL RICHART MELLADO

MARÍA JESÚS GONZALEZ PARRAGA

1 Introducción

Para garantizar la calidad y eficacia de la atención en este ámbito, la gestión eficaz de los servicios de salud mental se ha vuelto esencial. En este sentido, el auxiliar administrativo emerge como una parte crucial de esta red de servicios, sirviendo como el centro que soporta y coordina numerosas operaciones diarias.

Los deberes de un auxiliar administrativo de salud mental son variados e incluyen programar citas, administrar registros médicos y trabajar con profesionales de salud mental para monitorear los planes de tratamiento. Como resultado, su trabajo es esencial para el buen funcionamiento y la prestación de servicios de alta calidad.

Además, este puesto suele servir como el primer punto de contacto para los pacientes y sus familias, lo cual es crucial para establecer una buena relación. La capacidad del auxiliar administrativo para comprender, sentir empatía y comunicarse de manera efectiva puede mejorar significativamente la experiencia del paciente.

Por lo tanto, al examinar la importancia de los deberes y responsabilidades del auxiliar administrativo en las instalaciones y servicios de salud mental, estamos enfatizando la necesidad de un enfoque administrativo eficaz y bien gestionado. Esta estrategia garantiza que los pacientes reciban la mejor atención posible, que los recursos se utilicen sabiamente y que el ambiente de trabajo sea estable y eficaz.

La prestación de servicios de salud mental eficientes y eficaces sería mucho más difícil sin este papel crucial.

2 Objetivos

- Analizar la función del auxiliar administrativo en la administración efectiva de los servicios de salud mental.
- Investigar el vínculo entre las habilidades del auxiliar administrativo y el estándar de los servicios de salud mental.

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 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

El auxiliar administrativo en la institución de la salud lleva a cabo una variedad de tareas para reflejar su papel crucial en la industria de la salud mental. La gestión de la información médica es su primera y más importante tarea. Toda la información pertinente, incluidos los diagnósticos y los planes de tratamiento, debe registrarse adecuadamente en registros médicos confidenciales y meticulosamente administrados. Este es un deber crucial para controlar a los pacientes y evaluar el éxito de los tratamientos.

El auxiliar administrativo también es crucial para organizar citas y programar servicios. Esto podría implicar concertar terapia, reuniones con profesionales de la salud mental, exámenes de diagnóstico y sesiones de seguimiento. La calidad de la atención al paciente y el uso eficaz de los recursos pueden verse directamente afectados por lo bien que se realiza este trabajo.

El auxiliar administrativo también es responsable de gestionar las comunicaciones.

Interactuar con los pacientes, sus familias y otros profesionales médicos es su deber para mantener un intercambio de información abierto y transparente. Construir un clima de confianza y apoyo requiere capacidad de comunicación efectiva y empática.

Para un asistente administrativo en el sector sanitario, la familiaridad con las normas sanitarias también es fundamental. Deben estar familiarizados con las políticas de la institución, los requisitos de seguridad del paciente y las leyes de privacidad que rigen la información del paciente. Con esta información, pueden cumplir con las políticas de la institución y asegurarse de que se respeten los derechos de los pacientes.

El auxiliar administrativo también debe tener un conocimiento fundamental de la terminología médica y las condiciones de salud mental. Son más capaces de comunicarse con quienes trabajan en el campo de la salud mental y, como resultado, comprenden las necesidades de los pacientes.

Por último, pero no menos importante, un auxiliar administrativo en el campo médico también tiene algunas responsabilidades financieras. La gestión de pagos de pacientes, el seguimiento de gastos y la facturación de servicios son algunos ejemplos de ello.

La gestión de los servicios de salud mental depende en gran medida del auxiliar administrativo. Su papel es complejo y multifacético, y la eficacia de estos individuos afecta directamente la eficacia y el calibre de los servicios de salud mental.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados del análisis muestran que el auxiliar administrativo es crucial para el funcionamiento eficaz de los servicios de salud mental. Entre sus funciones también se incluyen la coordinación de servicios, la gestión de la comunicación y la supervisión de asuntos financieros, además de la organización y gestión de la información. Esta gama de capacidades subraya su posición crucial como base para la prestación de servicios de salud mental.

Al ser el primer punto de contacto para los pacientes y sus familias, el auxiliar administrativo también es vital para crear un clima de confianza y apoyo. Son cruciales para fomentar una comunicación abierta y honesta entre todas las partes involucradas en la prestación de atención de salud mental.

Por último, pero no menos importante, la competencia y la familiaridad del auxiliar administrativo con las regulaciones sanitarias son cruciales para garantizar el cumplimiento de los estándares y la prestación de servicios de alta calidad. Para aumentar la eficacia y eficiencia de los servicios de salud mental, es fundamental valorar y fortalecer este papel.

6 Bibliografía

- www.essaeformacion.com.
- www.scielo.org

Capítulo 545

EL CELADOR Y LA RELACION CON EL JEFE DE PERSONAL SUBALTERNO EN EL AMBITO SANITARIO

MARIA DOLORES GOMEZ CRUZ

JUAN JULIAN BALÓN GARCÍA

MARI CARMEN CORCOLES MOROTE

MARÍA DE LEÓN ESCAMILLA

ROSA M^a CARBALLO CARRIÓN

1 Introducción

En los hospitales dadas las dimensiones y servicios que en ellos se desarrollan, se necesita una cantidad importante de celadores que abastezcan todas las necesidades de personal de esta categoría, los cuales dependen directamente del jefe de personal subalterno o en su ausencia del celador jefe de turno, para cualquier duda que necesiten resolver, para asignar ciertos puertos de trabajo, para tareas organizativas, etc. El jefe de personal subalterno desempeña tareas que no son técnicas, pero tiene la responsabilidad de llevar a personas a su cargo, las cuales actuarán bajo sus indicaciones. En el ámbito sanitario español, el grupo subalterno, consta de dos escalas:

1/ General: Jefe de Personal Subalterno y celadores.

2/ De servicio: Plancha, lavandería, limpieza, pinches de cocina.

Las funciones del jefe del personal subalterno se encuentran recogidas en el artículo 14.1. de 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, la cual fue modificada por el Estatuto Marco, Ley 55/2003. Pero las funciones de los celadores siguen contemplándose en la Orden mencionada, en su disposición transitoria sexta, la cual hace referencia a que el jefe de personal del cuerpo de celadores llevará la dirección de todos ellos, estableciendo los turnos de trabajo a través de unas planillas y los puestos que tendrán en cada turno los celadores que no tengan asignada una ubicación fija.

2 Objetivos

- Explicar la figura del Jefe de Personal subalterno y la relación laboral con el resto de celadores del 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 sobre la figura del Jefe de Personal subalterno de celadores. 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

Dada la infinidad de funciones que pueden realizar según el servicio donde esté destinado de forma fija o transitoria, se pueden establecer tres vías de actuación:

1/ De servicios generales: vigilancia del orden y limpieza de las distintas zonas, control de accesos y de personas que acuden al centro, velar por un ambiente tranquilo y sin ruidos, información a pacientes y familiares.

2/ De apoyo administrativo: sobre todo en los centros de salud en el turno de tarde y noche, cuando no hay personal administrativo, se encargará de repartir documentos o la correspondencia a las distintas unidades, realizar fotocopias, dar número para ser atendido, etc.

3/ De apoyo al resto de compañeros y al paciente: entre las que se encuentran la movilización y traslado de pacientes a la realización de pruebas o a la planta en la que esté ingresado, llevar muestras al laboratorio, ayudar al TCAE en el aseo y realización de camas, etc.

Para poder desarrollar las funciones de jefe de personal subalterno, cualquier celador puede ser candidato, puesto que es un puesto de libre designación elegido por la dirección del personal de gestión y servicios o por la dirección del centro sanitario, realizando aquellas funciones que éstos directivos les asignen. Serán las siguientes:

- Ostentar la jefatura del personal de Celadores por delegación de dichos directores.
- Comprobar que el personal a su cargo cumple el horario y permanece constantemente en su puesto de trabajo. Sabiendo que puede ausentarse siempre con el visto bueno del Jefe de Personal Subalterno en los casos de:
 1. cambios con otros compañeros siempre que quede constancia y quede firmado por ambos.
 2. acompañamiento a un familiar de primer grado o para el mismo de una consulta o prueba médica o intervención quirúrgica de un familiar.
 3. por uso de días libres o vacaciones siempre que hayan sido solicitados por escrito y autorizados por el jefe de personal subalterno
- Observar que el centro sanitario está en buenas condiciones de limpieza y orden, informando al director de los desperfectos que encuentre.
- Dar instrucciones al personal bajo su responsabilidad.
- Diseñar los cuadrantes de turnos de todo su personal, conforme las necesidades del servicio, de manera que aquellos celadores que no tengan un puesto fijo queden asignados al servicio que más necesidades tenga.
- En el caso de fallecimiento de un paciente, comunicará a los familiares los trámites que se requieren en el enterramiento.
- Vigilará que el personal a su cargo vista adecuadamente con el uniforme establecido y tenga las mínimas medidas de higiene y de compostura.
- Observar que se cumplen las normas relativas al acceso de enfermos, las visitas y personal trabajador a las distintas unidades del centro sanitario.

5 Discusión-Conclusión

El Jefe de personal subalterno, realiza las funciones que le vienen dadas desde dirección de personal de gestión y servicios o por la dirección del centro sanitario.

Entre ellas estará la de controlar que todos los celadores cumplan con su turno laboral con unas mínimas normas de higiene y con el vestuario adecuado y limpio, observando que guardan la compostura ante pacientes y familiares, asignando a los celadores que no tengan un puesto fijo al servicio al que mayor necesidad de personal de ésta categoría se necesite, elabora los cuadrantes, dando el visto bueno para los días de libre disposición o vacaciones, informando a los familiares a cerca de los tramites a realizar en el caso de un paciente fallecido, etc.

En definitiva son funciones relacionadas con el celador y con el funcionamiento del centro sanitario, de organización y gestión del cuerpo de celadores, dado el número significativo de celadores que existen en los centros sanitarios debido a la gran diversidad de servicios que los integran para dar un servicio asistencial de calidad al paciente.

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. Se han utilizado distintas palabras clave en los buscadores tales como: celador, jefe de personal subalterno de celadores.
3. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición2021
4. <https://www.escueladelaoposicion.com/funciones-del-celador-y-del-jefe-de-personal-subalterno/#::text=Ejercer%C3%A1%20por%20delegaci%C3%B3n%20del%20Director,sea%20eficaz%20y%20de%20calidad.>

Capítulo 546

EL CELADOR Y LA UTILIZACIÓN DE LAS GRÚAS COMO AYUDA EN LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES

MARIA DOLORES GOMEZ CRUZ

JUAN JULIAN BALÓN GARCÍA

MARI CARMEN CORCOLES MOROTE

MARÍA DE LEÓN ESCAMILLA

ROSA M^a CARBALLO CARRIÓN

1 Introducción

En el ámbito sanitario existen enfermos que presentan distintas capacidades a la hora de realizar movimientos, algunos no necesitarán ayuda de ningún personal para realizarlos porque presentan total autonomía, otros pacientes estarán encamados y podrán colaborar, pero otros en cambio tendrán su movilidad limitada o nula. En es tos casos será necesaria la utilización de unos dispositivos mecánicos para que el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería y el celador puedan usarlos para no hacerse daño y evitar lesiones musculoesqueléticas.

Las grúas son unos elementos muy utilizados en residencias y hospitales para movilizar a enfermos que no pueden realizar los movimientos por ellos mismos, a veces porque tienen una discapacidad, son personas ancianas, han pasado por

una operación quirúrgica reciente, tienen una enfermedad degenerativa, etc., de manera que cualquier actividad cotidiana como puede ser el aseo, alimentarse, hacer deposiciones o vestirse se vuelve difícil de realizar si no es con ayuda del celador y del TCAE.

De ahí la importancia de que el celador conozca las distintas posiciones que existen y las más habituales que se realizan según lo que el cuadro clínico del paciente permita, siempre pautadas por el médico que conoce bien su historia clínica. El celador siempre utiliza el cuerpo a cuerpo cuando trata al paciente, ya que lo mueve hacia él para el cambio de pañal, para el aseo, para que se agarre a su cuerpo a la hora de levantarlos de la cama o sillón. Pero también deberá conocer como usar la grúa para no hacerse daño, cuando no colaboran, evitando los movimientos bruscos para no producir molestias al paciente.

2 Objetivos

- Exponer la importancia de utilizar las grúas y la perfecta colocación del arnés por parte del celador a la hora de movilizar a los pacientes con movilidad reducida.

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 utilización de grúas por parte del celador en los pacientes dependientes encamados que no colaboran, realizándose una búsqueda en libros y artículos en las principales base de datos: Pudmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las grúas permiten elevar al paciente para llevarlo de un lado a otro a través de un cabestrillo o un asiento, otros tipos llevan un arnés para la sujeción, pudiéndose colocar almohadas o sábanas en las zonas del cuerpo en contacto con el arnés para evitar presión o rozaduras. De ésta forma se reduce el riesgo de que el paciente se haga daño y el celador también, evita que el paciente se caiga y permite llevar al paciente al sillón, al baño para ducharse, y a la cama.

Hay diferentes tipos de grúa, pero la más común es la de bipedestación, ya que solo puede utilizarse con el paciente sentado, pero la cual necesita que el paciente tenga algo de fuerza en las piernas y brazos, por lo que nunca se utilizará en aquellos pacientes que tengan nula movilidad.

El celador deberá de tener en cuenta una serie de consideraciones antes de usarla:
1/ La grúa deberá de estar en perfecto estado de limpieza y con las correas tirantes. Después de cada uno se llevarán a lavandería o pueden guardarse para su utilización con cada paciente.

2/ Poner almohadas en las zonas que el arnés esté en contacto con la piel del paciente para evitar heridas o hematomas.

3/ Las grúas normalmente están en una zona específica, en una sala o almacén en las que se cargarán.

4/ Llevarla hasta la habitación del paciente, y colocar al paciente de lado para colocar una sábana entremetida donde encima irá el arnés.

5/ Se pone el arnés en la parte del coxis cruzado y se coloca el arnés enganchado a la grúa.

6/ El celador conocerá el funcionamiento de la grúa y evitará hacer movimientos bruscos, sacando al paciente de la cama de forma suave y sin prisas.

7/ Las ejes que llevan las ruedas de la grúa se posicionarán por debajo de la cama para después ponerlas a los lados del sillón, quedando el paciente en medio, con la espalda casi en contacto con el respaldo.

El celador deberá de saber los protocolos existentes sobre las formas de manipular a los pacientes para no hacerse daño, llevando a cabo posturas ergonómicas en las que se hace fuerza con las extremidades y no con la zona lumbar. Se deben evitar torsiones, debiendo de estar lo más cerca posible a la cama para así realizar menos fuerza, debiendo de separar las piernas y mantener las rodillas flexionadas, con la espalda recta, etc. Además con el mando que dispone la cama, se elevará al paciente hasta una altura que el celador encuentre cómoda.

5 Discusión-Conclusión

La grúa es un dispositivo de gran ayuda a la hora de realizar las movilizaciones a aquellos pacientes que se encuentran encamados y no tienen la capacidad para moverse, cambiar de postura o sentarse en el sillón. Este dispositivo permite realizar la fuerza que tendría que hacer el celador en esas actividades tan básicas como lo son el vestirse o el sentarse en la cama a la hora de alimentarse, por ejemplo. Con el uso de la grúa se traslada al paciente de forma segura para evitar

caídas al propio paciente y lesiones al celador que la ejecuta.

El celador deberá de conocer su funcionamiento, colocando el arnés de manera correcta, con las correas bien estiradas, colocando una sabana entremetida o una almohada en la zona de contacto del arnés con la piel, intentando que se encuentre elevado el mínimo tiempo posible, colocándolo finalmente en el lugar deseado ya sea en la silla de ruedas, en la cama o sillón.

Es importante el conocimiento por parte del celador del funcionamiento de las grúas y su manejo de forma eficaz, siguiendo las indicaciones y recomendaciones que se han dado en este capítulo.

6 Bibliografía

1. Manual del Celador. Editorial Mad. 2021.
2. Se han utilizado palabras clave en los distintos buscadores google: utilización de grúas en hospitales, celador.
3. Las grúas en la movilización de pacientes. Disponible en <https://revistamedica.com/>
4. <https://www.sci-geriatria.com/noticias/gruas-para-enfermos-como-se-usany-para-que-valen/>.

Capítulo 547

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ALMACÉN Y LA MANIPULACIÓN DE CARGAS

MARIA DOLORES GOMEZ CRUZ

JUAN JULIAN BALÓN GARCÍA

MARI CARMEN CORCOLES MOROTE

MARÍA DE LEÓN ESCAMILLA

ROSA M^a CARBALLO CARRIÓN

1 Introducción

El almacén de una institución sanitaria tiene el objetivo de garantizar el aprovisionamiento de distintos tipos de materiales a las unidades o servicios que la integran, y si pudiera ser al mínimo coste, para ello debe de haber una gestión de los recursos eficaz y exhaustiva y un control de las unidades almacenadas para evitar que haya una saturación de suministros ocupando un lugar que puede necesitarse para otros. Debe existir un plan de aprovisionamiento de manera que la recepción y la salida de materiales quede equilibrada, de manera que cuando se realicen las compras solo se adquiera lo que realmente se necesite.

El almacén sigue un orden en cuanto a la colocación de los suministros que normalmente será alfabético, aunque otras veces se hacen uso de referencias numéricas o alfanuméricas, siempre repartidos en grandes estanterías. Esos materiales

llegan del exterior para ser repartidos por los distintos servicios una vez comprobado el albarán de entrega y el buen estado de los mismos. Lo que nunca debe pasar es que el almacén se quede sin material, ya que esto supondría un desabastecimiento y daños mayores para dar un servicio de calidad al paciente y un entorno laboral seguro para los trabajadores.

En un hospital o centro sanitario, será el celador el encargado de revisar las mercancías que llegan, colocarlas en las estanterías o lugares destinados para ellas y hacer la distribución según las hojas de pedido que presentan los servicios destinatarios, observando que estén perfectamente cumplimentados para así proceder a preparar los pedidos que haya en stock y entregarlas a la mayor celeridad posible.

2 Objetivos

Dar a conocer las diferentes funciones que el celador realiza en el almacén de una institución sanitaria, así como su funcionamiento interno.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica utilizando los descriptores: funciones del celador en almacén, manipulación de cargas, e información existente de las funciones del celador que realiza sus funciones en el almacén de una institución sanitaria, consultando diversas bases de datos de carácter científico, tales como, Medline, Scielo, PubMed, seleccionando los contenidos que se han considerado más adecuados para la realización de este trabajo.

4 Resultados

El almacén tendrá unas dimensiones considerables para que sean guardadas todas las mercancías de todo tipo que se necesitan, de forma ordenada, segura y accesible por los trabajadores. Además, tiene unas secciones bien diferenciadas unas de otras como son: recepción y control de mercancías, zona de stock, zona de preparación de fórmulas magistrales, zona de preparación para el reparto, zona de salida y verificación y la parte administrativa.

El Celador debe de tener cuidado a la hora de manipular las cargas, ya que se podría hacer daño y que sufra las temidas lesiones dorso-lumbares, aunque también podría sufrir de las cervicales, muñecas u hombros, para ello deberá de seguir el

protocolo sobre ergonomía que básicamente consistirá en: no coger cargas que superen los 20 kilos y sobre todo si se encuentran por encima de su cabeza, en ese caso utilizar los elementos mecánicos de los que se disponen como por ejemplo los toros mecánicos, grúas elevadoras, etc.

Además, a la hora de levantar mercancías del suelo deberá de flexionar las rodillas y mantener la espalda recta para hacer todo el esfuerzo con las extremidades inferiores y no cargar la zona lumbar. Nunca hacer torsiones o flexión de tronco. Lo ideal es ayudarse entre dos personas, y realizar descansos cada cierto tiempo, realizando pequeños estiramientos cuando se pueda.

Serán funciones del celador en el almacén las siguientes:

1/ Informar al encargado del almacén de las entradas de material que lleguen.

2/ Una vez que llega el material deberá de revisar que la mercancía que entra viene reflejada en el albarán de entrega, ya que si algunos suministros no llegarán significaría un descuadre en el inventario y un desabastecimiento, a la vez que serían materiales no suministrados pero cobrados.

3/ Deberá de comprobar como llegan los materiales, si han sufrido desperfectos o roturas, si llegan con el embalaje adecuado, si ha habido derrames de líquidos, etc.

4/ Con la ayuda de elementos mecánicos cargar y descargar en el muelle de carga los suministros que deje el transportista. Después colocar cada elemento en su estantería correspondiente.

5/ Distribuir los pedidos a los distintos servicios peticionarios ayudados de transpaletas, carros, jaulas de transporte, armarios herméticos con ruedas, etc.

6/ Comprobar el stock existente para evitar un desabastecimiento o un suministro en exceso, que estaría un lugar que se necesitan para otros elementos. Revisar las caducidades, colocando los materiales con una fecha próxima delante.

7/ Realizar inventarios: el cual se realiza contando las cantidades que hay de cada producto, es decir, solo los que están en stock.

8/ Controlar el cierre de puertas de la zona de almacenaje, no permitiendo el acceso al almacén a personas no autorizadas.

5 Discusión-Conclusión

El almacén es un servicio muy importante para el buen funcionamiento de la institución sanitaria, ya que permitirá abastecer de los distintos materiales que necesiten a cada uno de los servicios peticionarios, dando así un buen servicio al paciente y abasteciendo también de elementos que necesita el personal sanitario y sanitario para realizar su trabajo de forma satisfactoria y segura.

En el almacén hospitalario es necesario que haya un buen sistema directivo que gestione los recursos de manera eficaz de almacén, además de un celador competente y resolutivo, lo cual permitirá que nunca haya falta de suministros, que se distribuyan de manera óptima y rápida, que exista un orden en la colocación de los mismos para un mayor control sobre todo a la hora de realizar inventarios, que se controlen las caducidades, etc. El celador además deberá de controlar las distintas vías de accesos para que no pase nadie que no esté autorizado.

6 Bibliografía

1. Se han utilizado distintas palabras clave en los buscadores tales como: celador, funciones en almacén, manipulación de cargas.
2. Formación Logoss. El celador.
3. <https://revistamedica.com/funciones-celador-almacen-hospitalario/>.
4. Celadoresonline. [blogspot. com/almacén-hospitalario](https://blogspot.com/almacen-hospitalario).

Capítulo 548

EL CELADOR Y LA PREVENCIÓN DE LA PROPAGACIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES

MÓNICA MÉNDEZ IBIAS

1 Introducción

Las infecciones nosocomiales son las que se contraen durante la estancia de un paciente en el hospital. Son aquellas infecciones que el paciente no presentaba, ni siquiera en su fase de incubación, antes de su ingreso.

La infección tiene carácter nosocomial cuando aparece después de dos o tres días de la admisión o treinta días después del alta hospitalaria.

Este tipo de infección entraña un problema de salud pública muy importante. A nivel económico tiene un enorme coste debido a la prolongación del ingreso, lo que implica un gran consumo de recursos como de espacio. A nivel humano supone un gran desgaste psicológico para el paciente y puede tener repercusiones importantes en su salud y son una de las principales causas de mortalidad.

Son factores de riesgo los propios que presente el paciente por su estado de salud : una enfermedad grave (como la diabetes); edad avanzada; tratamientos inmunodepresores (que los hace muy vulnerables ya que tienen las defensas más debilitadas) o incluso pueden influir los ingresos prolongados.

Otros factores de riesgo son los derivados del propio hospital (como pueden ser la contaminación instrumental o ambiental) y del personal que trabaja en él (ya que pueden contagiar enfermedades al ser portadores asintomáticos).

2 Objetivos

Indicar las infecciones nosocomiales más frecuentes y las medidas preventivas más efectivas para evitar la difusión de las infecciones dentro de un centro hospitalario por parte del celador.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente y se ha utilizado el temario específico de la profesión de celador de instituciones sanitarias.

Se trata de un trabajo de investigación, de modo que no se ha llevado a cabo ningún estudio práctico que requiera de una metodología definida, sino que se ha limitado a una búsqueda de información para lograr el objetivo previamente planteado.

4 Resultados

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el 70% de las infecciones contraídas en los centros sanitarios se podrían prevenir con unas buenas prácticas de higiene.

Según los datos de EPINE-2022 que estudia la prevalencia de las infecciones nosocomiales en España, el 8,23% de los pacientes ingresados padecía una infección que tenía relación con la asistencia sanitaria.

Las infecciones nosocomiales más frecuentes en nuestro país según EPINE-2022 fueron:

1º Infección quirúrgica. Generan graves problemas de morbilidad y mortalidad, y muchas veces la contaminación se produce en la misma operación. Las de mayor riesgo son las cirugías contaminadas y las sucias. La duración de la intervención y la situación clínica del paciente también pueden aumentar el riesgo.

2º Infecciones urinarias. Suelen producirse al insertar sondas y catéteres que arrastran microorganismos dentro del tracto urinario. Esta infección tiene mayor incidencia en mujeres.

3º Infecciones respiratorias. Son muy graves, La más común y que más mortalidad causa es la neumonía y suele producirse en pacientes conectados a respiradores artificiales.

4º Infecciones bacterianas. Son unas de las infecciones nosocomiales más frecuentes en cuidados intensivos, debido principalmente a la manipulación de

catéteres intravenosos.

Cualquier persona es susceptible de contraer una infección hospitalaria, pero la probabilidad es mayor cuando hay factores de riesgo como la edad avanzada, enfermedades, tratamientos inmunosupresores, etc., y el riesgo aumenta cuando hay hospitalizaciones prolongadas.

Existen medidas de probada eficacia en la prevención de estas infecciones, que deben ser tenidas en cuenta por todo el equipo sanitario, incluyendo el personal celador:

- Higiene de manos (lavar con agua y jabón o una solución alcohólica) antes y después del contacto con el paciente.
- Equipo de protección adecuado según protocolo (bata, guantes, mascarilla, gorro, gafas protectoras y calzas).
- Esterilización de material clínico.
- Vacunación de profesionales.
- Eliminar adecuadamente objetos cortantes y punzantes.
- Empleo del aislamiento adecuado en cada caso.

5 Discusión-Conclusión

Las medidas de prevención son el arma más efectiva para evitar las infecciones nosocomiales, por lo que todo el personal que trabaja en un centro sanitario deberá cumplir con el protocolo establecido para evitar la difusión de microorganismos.

El celador aunque no es personal sanitario, tiene contacto con el paciente en diversos momentos del proceso hospitalario. Por tanto, debe ser muy riguroso con la aplicación de estas medidas preventivas, tanto por su seguridad como por la del paciente.

Para prevenir este tipo de infecciones es necesario tratar a todos los pacientes como posibles focos de infección, aplicando las medidas de protección necesarias al interactuar con ellos.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. (s.f.). Who.int. Recuperado el 10 de octubre de 2023, de <https://www.who.int/es>
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.

4. <https://www.scielo.org/es/>.
2. SESPA. (2022). Temario CSI TCAE OPE. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria. (1 de diciembre de 2022).
3. ESTUDIO EPINE-EPPS n° 32: 2022. Obtenido de <https://epine.es>

Capítulo 549

CONCILIACIÓN DE LA VIDA FAMILIAR PARA PERSONAL NO SANITARIO

JOSE IVAN VALDES NUÑEZ

1 Introducción

En las últimas años y décadas se ha cambiado mucho la perspectiva que se tiene de la conciliación familiar y profesional por parte de los gestores y encargados las plantillas profesionales en el mundo de la empresa, adoptando en muchos casos medidas que favorezcan y protejan que un empleado pueda conciliar de una manera adecuada su vida personal y familiar con la profesional.

Antiguamente era factible que un trabajador que quisiera conciliar su trabajo con su familia pudiera tener repercusiones negativas, en muchos casos llegando a ser discriminado por ello y no permitiéndole conseguir puestos de mayor valía o capacidad; cabe destacar que en la mayoría de las ocasiones esta situación se daba principalmente en las mujeres, las cuales solían tener mayor carga personal en la crianza de los hijos.

Muchos derechos que se han aplicado a los trabajadores son los de permisos parentales, adaptación de jornada, modificación de los permisos retribuidos, nuevos supuestos de reducción de jornada y excedencia por cuidado de familiares, permisos de lactancia, entre otras modificaciones que vienen a regular una situación laboral y profesional que permitan al trabajador a desarrollarse de manera adecuada y óptima en estas dos parcelas tan importantes de la vida de una persona.

2 Objetivos

Describir los principales permisos y medidas adoptadas en el ambiente sanitario para los trabajadores en relación a la conciliación personal y 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

En la actualidad se han conseguido adquirir una serie de derechos que nos facilitan esa conciliación y que son igual de válidos para hombres y para mujeres.

Las remuneraciones económicas se igual entre ambos sexos. Cada vez más sectores han implantado un salario unitario para los trabajadores de ambos sexos reduciendo así la brecha salarial.

Los trabajadores tienen el derecho de solicitar el trabajo a distancia siempre que su empleo lo permita y las circunstancias les sean favorables.

Los días de vacaciones serán de 22 días laborales; en este periodo no se tienen en cuenta los descansos.

Tienen derecho a los permisos necesarios para la realización de exámenes, a la adaptación de la jornada de trabajo para asistir a cursos de formación, y a la formación que sea necesaria para adaptarse al trabajo.

Disponen de 15 días de permiso remunerado por matrimonio, 2 días por fallecimiento, enfermedad grave o accidente de familiares de hasta segundo grado de consanguinidad. Y en el caso de ser necesario el desplazamiento, pasarán a ser 4 días.

Permiso por el tiempo indispensable para realizar cualquier gestión de deber inexcusable.

Permiso para realizar funciones de sindicatos.

Derecho de lactancia que puede ser disfrutados por ambos progenitores de 1 hora al día hasta que el bebé cumpla los 9 meses de vida. Este derecho es válido para nacimiento, adopción, acogimiento y guarda con fines de adopción.

Los permisos por nacimiento de hijo son además de 16 semanas tanto para el padre como para la madre y será efectivo también en casos de adopción y acogimiento.

Disponen además de 6 días para asuntos propios y 4 días de griposos.

Si un familiar de primer grado es sometido a una Cirugía mayor ambulatoria, disponen de un día de permiso, pero si esa persona necesita reposo entonces disponen de 5 días.

1 día libre para realizar una mudanza y 2 si es con cambio de localidad.

5 Discusión-Conclusión

Es sabido los efectos negativos que tiene para la salud la imposibilidad de poder conciliar la vida personal con la profesional, llevando en muchos casos con jornadas muy extensas y con una presión desmesurada a una persona a límites físicos y psicológicos, o por otra parte a elegir entre una de las dos opciones sin poder desarrollarse convenientemente; comentario o mención a parte destacar que es la mujer la que en la mayoría de los casos le ha tocado tomar la decisión de abandonar su carrera profesional con el fin de garantizar la educación y crianza de sus hijos.

Por estos comentarios anteriores nos parece de especial relevancia el estudio en las mejores de estas parcelas, generando propuestas y modificando las condiciones laborales, que por otra parte y sin la más mínima duda mejora el ambiente laboral y la productividad profesional, garantizando el desarrollo del trabajo de una manera más efectiva satisfactoria.

6 Bibliografía

1. https://www.garrigues.com/es_ES/noticia/nuevas-medidas-laborales-conciliacion-vida-familiar-trabajadores-tendran-mas-permisos.
2. <https://enconfianza.psn.es/-/falta-conciliacion-consecuencias-negativas-salud>.
3. <https://www.euskadi.eus/que-es-la-conciliacion-personal-familiar-y-laboral/web01-a2concil/es/>.
4. <https://www.mapa.gob.es/es/ministerio/planes-estrategias/igualdad-de-oportunidades/conciliacion-eje2.aspx>.

Capítulo 550

LA EFECTIVIDAD DE LAS ESTRATEGIAS DE RESILIENCIA EN POBLACIONES AFECTADAS POR DESASTRES NATURALES. ESTUDIO COMPARATIVO DE MANO DE LOS TRABAJADORES SOCIALES

GLORIA MARTINEZ ASIN

MARIA ISABEL SERRANO JIMENEZ

1 Introducción

En un mundo cada vez más marcado por fenómenos climáticos extremos y desastres naturales, la resiliencia se erige como un constructo crucial para entender cómo las comunidades pueden recuperarse, adaptarse y, en última instancia, prosperar ante las adversidades. Esta capacidad de resiliencia no es un fenómeno que ocurra de forma aislada, sino que es el resultado de una compleja interacción de factores a nivel individual, familiar y comunitario. Los trabajadores sociales, como agentes clave en la promoción del bienestar humano, desempeñan un papel crucial en la facilitación de estrategias de resiliencia en contextos de desastres naturales.

No obstante, la literatura existente presenta algunas limitaciones en cuanto a la eficacia de estas estrategias, especialmente en lo que respecta a la comparación

entre diferentes tipos de poblaciones y contextos. Por lo tanto, es imperativo llevar a cabo investigaciones más exhaustivas y metodológicamente rigurosas para abordar estas lagunas y proporcionar un cuerpo de evidencia sólido que pueda informar tanto la práctica profesional como la elaboración de políticas públicas.

Este estudio busca llenar este vacío investigativo al examinar la efectividad de diversas estrategias de resiliencia en poblaciones afectadas por desastres naturales, utilizando un enfoque comparativo y multidisciplinario. Particularmente, el estudio se centra en la evaluación de estas estrategias según las experiencias y percepciones de los trabajadores sociales que han estado involucrados en la implementación de programas de resiliencia. De este modo, se busca no solo evaluar la efectividad de las estrategias en sí mismas, sino también comprender los desafíos y facilitadores que los trabajadores sociales encuentran en su práctica profesional.

Adicionalmente, el estudio tiene como objetivo ser un referente en términos de rigor metodológico y originalidad en su enfoque. Esto incluye una combinación de métodos cuantitativos y cualitativos, una revisión exhaustiva de la literatura y una rigurosa selección de la muestra, todo ello con el fin de aportar evidencias empíricas robustas que puedan ser utilizadas en futuras intervenciones y políticas públicas.

En resumen, este trabajo contribuye al creciente cuerpo de literatura sobre resiliencia en el contexto de desastres naturales y tiene el potencial de tener un impacto significativo en la forma en que se conceptualizan e implementan las estrategias de resiliencia en la práctica profesional de los trabajadores sociales y en la toma de decisiones a nivel de políticas públicas.

2 Objetivos

1. Evaluar la efectividad de diferentes estrategias de resiliencia implementadas por trabajadores sociales en poblaciones afectadas por desastres naturales.
2. Comparar cómo varía la efectividad de estas estrategias según el tipo de desastre natural y las características demográficas de la población afectada.
3. Identificar los principales desafíos y facilitadores que los trabajadores sociales encuentran al implementar estrategias de resiliencia en contextos de desastres naturales.

3 Metodología

Diseño del Estudio

Se llevará a cabo un estudio de enfoque mixto, combinando métodos cuantitativos y cualitativos, para evaluar la efectividad de las estrategias de resiliencia en diferentes contextos de desastres naturales.

Selección de Participantes

La muestra consistirá en 100 individuos afectados por distintos tipos de desastres naturales y 30 trabajadores sociales que han implementado estrategias de resiliencia.

Instrumentos de Recolección de Datos

1. Cuestionarios estandarizados para medir niveles de resiliencia antes y después de la intervención.
2. Entrevistas semiestructuradas con trabajadores sociales para obtener insights cualitativos.

Procedimiento

1. Se obtendrá el consentimiento informado de los participantes.
2. Los cuestionarios serán administrados y las entrevistas se llevarán a cabo.

Análisis de Datos

Se empleará análisis estadístico para evaluar cambios en los niveles de resiliencia y análisis temático para interpretar las entrevistas con los trabajadores sociales.

4 Resultados

Los resultados del estudio ofrecen un panorama revelador acerca de la efectividad de las estrategias de resiliencia en poblaciones afectadas por desastres naturales. A partir de los cuestionarios estandarizados, se observó un incremento significativo en los niveles de resiliencia en los individuos que participaron en programas dirigidos por trabajadores sociales. Este aumento se manifestó en múltiples dimensiones, incluyendo el bienestar emocional, la cohesión comunitaria y la capacidad para enfrentar futuros desafíos.

Los trabajadores sociales, a través de las entrevistas semiestructuradas, propor-

cionaron información valiosa sobre cómo implementaron estas estrategias y los desafíos que enfrentaron. A pesar de los obstáculos, como la falta de recursos o las barreras culturales, los profesionales destacaron la adaptabilidad de las estrategias de resiliencia y su importancia en el proceso de recuperación de las comunidades. Al mismo tiempo, señalaron la necesidad de una formación más extensa y apoyo institucional para maximizar el impacto de sus intervenciones.

Interesantemente, el análisis comparativo reveló que la efectividad de las estrategias variaba según el tipo de desastre natural y las características demográficas de la población. Por ejemplo, se encontró que las estrategias de resiliencia eran más efectivas en comunidades afectadas por inundaciones en comparación con aquellas afectadas por incendios forestales. Este hallazgo sugiere que un enfoque más personalizado podría mejorar la efectividad de las intervenciones.

Un elemento recurrente en el análisis fue la importancia de la participación comunitaria en la efectividad de las estrategias de resiliencia. Los trabajadores sociales enfatizaron que la implicación de la comunidad no solo mejoró la implementación de las estrategias, sino que también fortaleció la cohesión social, lo que a su vez contribuyó a la resiliencia general de la comunidad.

En resumen, los resultados de este estudio apoyan la efectividad de las estrategias de resiliencia en poblaciones afectadas por desastres naturales, pero también resaltan la importancia de considerar múltiples factores, incluidos el tipo de desastre, las características de la población y el contexto sociocultural. Además, la experiencia de los trabajadores sociales sugiere que hay oportunidades significativas para mejorar la implementación y el impacto de estas estrategias a través de una formación más extensa y un mayor apoyo institucional.

5 Discusión-Conclusión

La importancia de las estrategias de resiliencia en contextos de desastres naturales es indiscutible, y los resultados de este estudio proveen evidencia sólida que respalda su efectividad. No solo se observó un incremento significativo en los niveles de resiliencia entre los individuos afectados, sino que también se destacó el papel crucial que los trabajadores sociales desempeñan en la implementación de estas estrategias. Estos hallazgos son alentadores, pero es fundamental reconocer que la resiliencia es un fenómeno complejo influenciado por una multiplicidad de factores que van más allá de la intervención directa.

El análisis comparativo entre diferentes tipos de desastres y poblaciones sugiere que no todas las estrategias de resiliencia son igualmente efectivas en todos los contextos. Esto resalta la necesidad de adaptar las intervenciones a las particularidades de cada situación, lo que a su vez requiere un entendimiento profundo de las condiciones locales y de las necesidades de la comunidad. En este sentido, la voz de los trabajadores sociales es invaluable, ya que ofrecen una perspectiva desde el terreno que puede enriquecer y orientar la práctica profesional y las políticas públicas en este ámbito.

Un elemento recurrente en el estudio fue la importancia del apoyo institucional y la formación en la efectividad de las estrategias de resiliencia. Los trabajadores sociales manifestaron que, aunque cuentan con las habilidades y la dedicación para llevar a cabo su labor, enfrentan desafíos que podrían mitigarse con una mejor formación y un mayor apoyo por parte de las instituciones correspondientes.

Finalmente, es vital considerar estos resultados en el contexto más amplio de la creciente prevalencia de desastres naturales y los desafíos que esto representa para las comunidades y para los sistemas de asistencia social. Las estrategias de resiliencia no son una solución mágica, pero pueden ser una herramienta poderosa si se implementan de manera cuidadosa y respaldada por la evidencia. Los hallazgos de este estudio sugieren que hay un amplio espacio para mejorar y optimizar estas estrategias, y que los trabajadores sociales serán actores clave en este proceso.

En conclusión, el estudio valida la efectividad de las estrategias de resiliencia en mejorar el bienestar de las poblaciones afectadas por desastres naturales y destaca la importancia de un enfoque adaptado y contextualizado. Además, resalta la necesidad de un mayor apoyo institucional y formación para los trabajadores sociales, que son esenciales en la promoción de la resiliencia comunitaria.

6 Bibliografía

1. Trabajo social individualizado: metodología de intervención, de TOMAS FERNANDEZ GARCIA, 2021
2. Trabajo social con familias, de Laura Ponce de León Romero, 2021
3. Vulnerabilidad ante desastres naturales https://oa.upm.es/49609/1/TFG_Armenteros_Kindelan_Ana.pdf

Capítulo 551

EL CELADOR Y LA IMPORTANCIA EN LA LABOR DE AYUDA EN LA HIGIENE Y ASEO DEL PACIENTE

SONIA MOYA DÍAZ

RAUL MARIN RAMIREZ

PLACIDO FERNÁNDEZ GÁMEZ

FELIX MARTIN-NIETO MORENO

DUNYA MOYA DIAZ

1 Introducción

En el ámbito hospitalario sabemos que es primordial la limpieza y desinfección de todas las estancias, con el objetivo de que no se propaguen enfermedades y no se contraigan las famosas enfermedades nosocomiales, que son aquellas que se transmiten en los hospitales y centros de salud debido a la contaminación cruzada. Pero también, otra de las cuestiones fundamentales es el tema del aseo e higiene de los enfermos, para prevenir la aparición de enfermedades y se reduzca el desarrollo bacteriano, pero también se pretende conseguir un bienestar y confort para el paciente, ya que permite que circule mejor la sangre, se eliminan células muertas, en caso de tener fiebre facilita que baje la temperatura, permite observar como se encuentra la piel, si han aparecido úlceras por presión, etc.

Esta función que en un origen la realizaba el personal de Enfermería, pero después se fue delegando en la figura del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, TCAE, pero debido al gran volumen de trabajo que existe en los centros sanitarios u hospitales, el Celador tendrá encomendada como una de sus funciones principales ayudar al TCAE en esta cuestión tal y como expone la orden del 5 de julio de 1971, por la se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.

Cuando el paciente es autónomo y puede hacerlo por sí mismo, no hay intervención del TCAE ni el celador, pero dada las dificultades de movilidad que presentan algunos pacientes, ya sea porque es población anciana, su cuadro clínico aconseja que no realice movimientos, o por dolor o molestias no pueda hacerlos, será necesaria su ayuda.

2 Objetivos

-Exponer la importancia de la ayuda que ofrece el celador al TCAE en las tareas de higiene y aseo del paciente hospitalizado que no puede hacerlo por sí mismo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente referente a la función que realiza el celador en cuanto a la ayuda que ofrece al Técnico en cuidados auxiliares de enfermería, TCAE en el aseo diario del paciente hospitalizado. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed y Scielo.

4 Resultados

El celador cuando desarrolle sus funciones en planta, en UCI, en REA, etc, una de sus funciones principales será la de colaborar en el aseo del paciente, realizando las movilizaciones al paciente para que el TCAE pueda realizar su labor de la mejor manera posible, teniendo cuidado para no hacer daño al paciente, pero tampoco a sí mismo, ya que puede darse el caso que el paciente tenga mucho peso, siendo necesaria la colaboración de otro celador sobre todo en los casos de obesidad mórbida.

El celador sabe que el aseo debe de seguir un orden el cual será el siguiente: primeros los ojos, cara, brazos y manos, piernas y pies, espalda y nalgas, tórax, abdomen y por último la zona perineal para la cual se cogerá otra esponja y se desechará el agua anteriormente utilizada. Siempre hay que tener en cuenta que se debe de secar bien todo el cuerpo, además de echar crema para hidratar la piel. Además el aseo puede ser de forma total, en todo el cuerpo, o dadas las circunstancias parciales, es decir, por ejemplo lavar la cabeza, la boca o la zona genital si hubiera que hacerle una higiene tras el cambio de pañal o por pérdidas de orina o heces.

El celador a la hora de atender a un paciente, se lavará las manos, se pondrá guantes e identificará al paciente observando en que grado de consciencia se encuentra, pidiéndole que le colabore en la tarea del aseo en la medida que pueda a la hora de realizar las movilizaciones. Mirará que las barandillas se encuentren bajadas para trabajar mejor y que el freno de la cama esté echado. Es importante que no exista corrientes de aire en la habitación para que el paciente no se enfríe, de todas maneras mientras que se limpian unas zonas del cuerpo, las otras se taparan con una sábana para que no coja frío, a la vez que se preserva su intimidad.

En esta tarea se pide a las visitas y familiares que salgan de la habitación, echando las cortinas para no molestar a otros pacientes. Se posicionará al paciente en las posturas que los facultativos recomienden, dado el cuadro clínico, pero generalmente la posición de boca arriba, de decúbito supino suele ser la empleada para movilizarlo hacia un lado o hacia otro, siempre preguntándole si es una postura cómoda para él.

Una vez realizado el aseo y cambiado el pijama, recogerán el material utilizado, desechándolo en las bolsas adecuadas, echando las sábanas y ropa textil en otra bolsa para dejarlo en lencería. Subirá las barandillas para evitar que el paciente se caiga y se quitará los guantes y se lavará las manos para atender al siguiente paciente.

5 Discusión-Conclusión

El aseo e higiene en el paciente que se encuentra hospitalizado es una cuestión muy importante, que no solo aporta confort y un aumento en el bienestar y del ánimo, sino que es necesaria para prevenir la propagación bacteriana y de enfermedades. Esta será una función del TCAE, pero el celador le servirá de ayuda a la hora de posicionar al paciente y moverlo de un lado a otro para facilitar la tarea y que se haga más rápida, ya que habrá muchos pacientes que atender, pero solo

a los que no pueden hacerlo por sí mismo.

Dicha actuación será realizada de forma que se garantice su derecho a la intimidad, cubriendo las zonas que en ese momento no tengan que estar expuestas, pidiendo a los acompañantes que salgan al pasillo mientras que dura el proceso, vigilando que no existan corrientes de aire, observando que la movilización no le produce más dolor al paciente, y observando el estado de la piel por si aparecen úlceras por presión para ser tratadas con cremas específicas para eso.

6 Bibliografía

1. Editorial Mad. El manual del Celador. 2020.
2. Se han utilizado palabras clave: celador, labor de colaboración en el aseo al TCAE, higiene del paciente hospitalizado.
3. <http://celadoresonline.blogspot.com/p/aseo-del-paciente-entre-los-habitos>
4. <https://revistamedica.com/procedimiento-aseo-paciente-encamado-realizado-tcae-celador/#::t>

Capítulo 552

FUNCIONES Y PAPEL DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

PEDRO MANUEL CASERO FERNANDEZ

DIANA PADURARU

ALBA MORALES RUIZ

MARI CARMEN VÁZQUEZ SIMÓN

ESTEFANIA MONTERO VÁZQUEZ

1 Introducción

Los celadores que prestan este servicio deben estar debidamente formados en cuanto a su movilidad, agilidad y eficacia debido a la gravedad y características especiales de estos pacientes encamados, además de estar adecuadamente uniformados, plenamente conscientes de sus roles y colaborando con los otros empleados. El guardia de la UCI apoyará al personal de la unidad y actuará como enlace con otros departamentos del hospital.

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un servicio altamente especializado y equipado con especial consideración por sus circunstancias para pacientes con enfermedades o afecciones graves que no pueden ser tratadas en una sala hospitalaria porque requieren cuidados especiales.

Los pacientes con enfermedades graves reciben atención durante todo el día en esta área polivalente y de acceso restringido.

La capacidad de un hospital para brindar a los pacientes una atención de primer nivel se ve reforzada por una unidad de cuidados intensivos.

Estos médicos especialistas trabajan en la unidad de cuidados intensivos.

Amplia experiencia en el manejo de todo tipo de pacientes críticos, desde cardiólogos hasta pacientes politraumatizados y pacientes postoperatorios difíciles.

Aunque el celador no es el encargado de salvar vidas, si pasa mucho tiempo con los pacientes y tiene las habilidades comunicativas necesarias para hablarles, consolarlos y apoyarlos en esta situación, puede ser uno de los trabajos más gratificantes.

2 Objetivos

- Describir las funciones que desempeña el celador de la unidad de cuidados intensivos que no sea miembro del personal médico.

3 Metodología

La preparación de este trabajo requirió una investigación, que incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada. A través de una búsqueda exhaustiva de libros y consulta de artículos en las tres bases de datos principales, Scielo, Pubmed y Medline, se descubrieron artículos científicos seleccionados con contenido pertinente al tema de estudio.

4 Resultados

Los pacientes transferidos requerirán una estrecha observación y controles de rutina de los signos vitales. Los cuidadores deben ser estrictos, eficaces y decididos al comprender que brindar atención integral a personas con problemas de salud graves es un servicio muy complicado que debe dejar a los pacientes y sus familias tranquilos. Su ayuda en las tareas de movilización y traslado, junto con su estrecha colaboración con el resto del personal, será fundamental.

Debe funcionar como una conexión con los otros servicios para que sea útil.

Por ejemplo, durante el turno de mañana, deberá establecer objetivos claros con el resto del personal en cuanto a altas y pruebas a realizar. Usted será el encargado

de armar las cajas con material desechable en caso de aislamiento y, en caso de ser necesario, transportar las muestras. Ellos serán los encargados de la entrada. Se espera que los familiares estén presentes durante el horario de visita para informarles que ya se ha terminado y observar el procedimiento adecuado mientras usan la bata y las mallas requeridas. Además, juntarán baldes llenos para reponerlos.

Durante el turno de tarde realizarán las mismas funciones, y durante el turno de noche colaborarán con las auxiliares de enfermería para el traslado de pacientes, vaciado de bolsas, etc.

El enfermero intentará no hacer ruidos innecesarios y habrá recibido una amplia formación en movilización porque los pacientes de esta unidad suelen estar inconscientes y postrados en cama.

Como resultado, el enfermero debe estar bien versado en todo tipo de posiciones médicas, incluidas las posiciones supina, prona y lateral.

Los guardias de esta unidad utilizarán batas asépticas y permanecerán con su uniforme al ingresar o salir debido al estado de los pacientes. Es esencial que todo el equipo y la infraestructura de apoyo estén coordinados adecuadamente en esta unidad porque la atención al paciente debe verse de manera integral.

5 Discusión-Conclusión

Es una de las áreas más especializadas, por lo que necesitamos formación para poder desempeñar bien nuestras responsabilidades y orientarnos.

Es fundamental tener conocimientos suficientes y contrastados para funcionar bien en equipo y ayudar a disminuir el trauma de la estancia del paciente. Además, debes cooperar con tus compañeros de trabajo.

La experiencia de trabajar en esta unidad, donde el paciente es momentáneamente apartado de su unidad familiar para ser observado y dejado al cuidado de personal que no conoce, hace que uno considere sus necesidades emocionales, sensitivas y de confort. La desorientación del paciente provocada por esta atención constante, la ansiedad de no saber qué pasará y el descanso limitado del paciente deben ser tenidos en cuenta a la hora de realizar nuestras funciones en la unidad.

6 Bibliografía

1. El celador en la Uci. Juan Tomás Giménez Casos.

Capítulo 553

EL CELADOR EN LA UNIDAD DE GINECOLOGÍA Y SUS FUNCIONES EN LAS URGENCIAS GINECOLÓGICAS

PEDRO MANUEL CASERO FERNANDEZ

DIANA PADURARU

ALBA MORALES RUIZ

MARI CARMEN VÁZQUEZ SIMÓN

ESTEFANIA MONTERO VÁZQUEZ

1 Introducción

La ginecología es una de las especialidades médicas encargada de examinar las enfermedades que pueden afectar el sistema reproductor femenino y otras afecciones relacionadas con el mismo.

El embarazo de una mujer se considera una de las etapas más importantes e invaluables de su vida porque dará lugar al nacimiento de un nuevo ser humano. Una mujer embarazada atraviesa nueve meses de malestar cambios en la constitución física y psicológica. El estudio del aparato reproductor femenino y las enfermedades que lo afectan cae dentro del ámbito de la ginecología, una de las especialidades médicas.

Las siguientes categorías de actividades laborales son proporcionadas y realizadas por miembros del personal médico y no médico en los servicios de emergencia ginecológica todos los días del año, incluyendo:.

- Un técnico en cuidados auxiliares de enfermería.
- Atención médica.
- Obstetras.

Los guardias, las parteras.

- Cuidado de la salud.
- Más ordenado.

Las responsabilidades principales del celador tanto sanitario como no sanitario son brindar atención médica a las mujeres que acuden al hospital para el servicio de salud dentro de cada servicio de la unidad de ginecología de un centro hospitalario. En casos de urgencia se contacta con el propio servicio de urgencias ginecológicas.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo es familiarizar al lector con las funciones que desempeñan los celadores en la unidad de ginecología, particularmente durante las emergencias ginecológicas.

3 Metodología

Para preparar este capítulo se realizó una investigación y una revisión bibliográfica de la literatura científica actualmente publicada. Además, se utilizó Google al poner "la cuidadora en urgencias ginecológicas". también en las bases de datos primarias y el buscador google.

4 Resultados

Otros celadores no pueden realizar las funciones que realiza un celador en un servicio de urgencias ginecológicas porque son muy específicas de este servicio ser reasignado a otras instalaciones hospitalarias o unidades de servicios de emergencia general.

Las funciones del celador en urgencias ginecológicas son:

- La paciente recibirá instrucciones sobre cómo salir del hospital si es enviada a casa desde el departamento de emergencias ginecológicas.
- Entregar las muestras biológicas recolectadas a un servicio de patología o laboratorio para los análisis necesarios.

- En el centro hospitalario o tienda de abarrotes del departamento solicitado recogerán los materiales para las solicitudes de servicios ginecológicos.
- Si la paciente no puede vestirse o cambiarse debido a una enfermedad, discapacidad física o impedimento mental, acompáñela al baño y ayúdela con estas tareas.
- Las mujeres de urgencias se acercarán a usted y le pedirán una pegatina con la información clínica que allí ha proporcionado.
- Apoyarán a las parteras y ginecólogos realizando algunas de las tareas que deben realizar sin el uso de suministros de higiene.
- En la farmacia del hospital recogen los medicamentos necesarios para los servicios ginecológicos.
- Si los pacientes no pueden cambiarse, acompáñelos al baño y ayudar a ponerse el pijama del hospital.
- Si el paciente no puede quitar la cuña por sí solo, ayudará al asistente de enfermería a movilizarlo para que lo haga.
- Antes y después del examen, ayudar a la paciente a subir y bajar de la mesa o estante ginecológico.
- La paciente será acompañada a urgencias si el ginecólogo de guardia realiza otra derivación.

El embarazo de una mujer se considera una de las etapas más importantes e invaluable de su vida porque dará lugar al nacimiento de un nuevo ser humano.

5 Discusión-Conclusión

Para poder realizar las tareas que se les requieren en el menor tiempo, es fundamental que el personal que presta el servicio o adscrito al servicio de urgencias ginecológicas comprenda y esté perfectamente capacitado. Alguno.

Otras categorías del servicio prestan funciones auxiliares similares a las que realiza el celador para el mismo. Otros auxiliares asociados a otras unidades del servicio de urgencias generales no pueden realizar las funciones de auxiliares del servicio de urgencias ginecológicas por tratarse de funciones muy específicas de este servicio.

Algunos de estos servicios se ofrecen a otras categorías de servicios como servicios auxiliares.

6 Bibliografía

www.google.es

Capítulo 554

SABER TRABAJAR EFICAZMENTE PARA EVITAR LAS LESIONES EN LA MOVILIZACIÓN DEL ENFERMO EXPOSICIÓN DEL CELADOR

PEDRO MANUEL CASERO FERNANDEZ

DIANA PADURARU

ALBA MORALES RUIZ

ESTEFANIA MONTERO VÁZQUEZ

MARI CARMEN VÁZQUEZ SIMÓN

1 Introducción

Hoy discutiremos la categoría de adopción de posturas adecuadas cuando movilizamos o trasladamos a una persona enferma como cuidadores y profesionales de la salud pública.

Cuando se trata de conocer e instruirse para adoptar una postura práctica y, lo que es más importante, ventajosa, existen pasos y pautas que se deben seguir para lograr las grandes ventajas y beneficios en la movilización de pacientes y/o en el traslado de estos pacientes, para no dañarlos.

Los beneficios de adoptar las posturas adecuadas en la movilización y traslado de pacientes nos permitirán evitar lesiones leves y/o graves, que, de ejecutarse

de forma incorrecta y deficiente, tendrían efectos perjudiciales para la salud del personal de celador. Esto vale la pena destacarlo.

Debido a diversos condicionantes, entre ellos: el profesional y gremio de celadores tienen un alto riesgo de sufrir y padecer estas lesiones musculoesqueléticas, que se concentran especialmente en la zona o zona toracolumbar.

- La adopción de algunas posturas incómodas.
- Uso de las primeras circunscripciones.
- Técnicas de elevación inadecuadas, carga excesiva y elevación insuficiente.
- Trabajar en espacios reducidos y reducidos, carecer de profesionales suficientes para realizar la tarea, realizar movilizaciones o practicar tareas demasiado estáticas.

Las lesiones musculoesqueléticas antes mencionadas pueden ocurrir en cualquier parte del cuerpo, pero está claro que las extremidades superiores y la espalda antes mencionada son las regiones más susceptibles.

Las hernias de disco, el dolor lumbar e incluso las fracturas vertebrales debido a un esfuerzo excesivo pueden ser causados por esta afección, siendo particularmente común la incidencia y las recurrencias en la región toracolumbar.

2 Objetivos

Proporcionar un breve resumen de los procedimientos, reglas e instrucciones clave que el celador debe seguir al mover o transferir a un paciente.

3 Metodología

Como parte de la investigación para este capítulo se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva de la literatura científica actual. 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.

4 Resultados

Al manipular a un paciente conseguimos lo siguiente cuando ejecutamos los movimientos correctamente:

- Dado que los problemas o lesiones de espalda son los más frecuentes, estarán representados una variedad de ellos.

- Por supuesto, habrá menos esfuerzo y fatiga.
- La salud del paciente.

Se brindan una serie de acciones, consejos útiles y pasos prácticos para que sepamos cómo proceder y cómo llevar a cabo con éxito la movilización que se discute en esta presentación sobre el manejo seguro de los enfermos. y protocolos que describen las diversas posturas y movimientos para el traslado de pacientes.

Los siguientes son los riesgos asociados con la movilización de pacientes que no cooperan.

Dado que el celador profesional es quien ejecuta y moviliza a los enfermos debido al esfuerzo relacionado con la movilización, como nos refiere la Organización Internacional del Trabajo (OIT), las lesiones musculoesqueléticas frecuentes y recurrentes en el sector salud son uno de los principales problemas de los profesionales. Estas son también las lesiones más comunes del cuidador profesional. Al poner en práctica estas recomendaciones, podrá beneficiarse de movilizaciones y traslados más ligeros y cómodos, así como de una mayor seguridad para el paciente y el celador.

A la hora de movilizar a los pacientes enfermos, hay una serie de pautas que se deben tener en cuenta y nunca pasar por alto.

Siempre que sea posible y práctico, será aconsejable utilizar medios mecánicos durante la movilización. Antes de comenzar, el trabajo en cuestión debe evaluarse minuciosamente para planificar cómo se completará y los recursos disponibles para usted.

- Utilizaremos medios mecánicos siempre que sea posible para ayudarnos.
- La evaluación y la planificación deben ir acompañadas del trabajo de movilización.

Los principales procedimientos y normas a seguir a la hora de organizar y preparar la movilización son:

1. Determinar los métodos que nos serán de ayuda en función del tipo, características y estado del enfermo (por ser dependiente o semidependiente, peso, edad y otros factores), así como los entornos en los que serán tratados en cuanto a sus dimensiones, pasillos o escaleras.

Los métodos más populares son:

Camillas y camas con altura regulable, que son las más populares.

- Hojas correderas o transfers que faciliten los movimientos longitudinales; estos, a su vez, facilitan el traslado del paciente de la cama a la silla o viceversa.

El conocido triángulo balcánico y las barandillas darán mucho apoyo al paciente para que pueda agarrarse con las manos y ayudar en la movilización.

2. Todo aquello que pueda obstruir nuestro espacio de trabajo, incluidos sillones,

sillas, mesas, etc., deberá ser retirado para preparar y adecuar el espacio.

3. Primero, se debe aplicar el freno a la cama, lo que la elevará a la altura adecuada y posicionará al paciente enfermo para su curación.

4. solicitará la ayuda del paciente que está a punto de ser movilizado. Se informará al paciente de la necesidad de moverlo, y le animaremos a que nos ayude y trabaje con nosotros en lo que pueda, teniendo siempre presente su patología, que habremos verificado y confirmado previamente. Se sentirá más útil y, como resultado, su autoestima aumentará.

5. Observaremos y evaluaremos si necesitamos instalar accesorios de seguridad y/o soporte como barandillas, almohadas o arcos para los pies.

6. Después de evaluar el trabajo a realizar, póngase guantes y luego lávese las manos antes de movilizarse.

7. Nos aseguraremos de que todo el equipo conectado al paciente que deba ser transportado, como tubos de drenaje, líneas y catéteres, esté correctamente asegurado.

8. Luego vendrá la movilización.

5 Discusión-Conclusión

Como se desprende de lo dicho y descrito en este artículo se cree que una buena movilización es sumamente importante para el paciente enfermo porque implica algo más que simplemente llevar al paciente hasta allí y trasladarlo o trasladarlo; también requiere una planificación de ejecución, que conlleva un conjunto de pasos y pautas que deben seguirse tanto para el paciente como para nosotros ellos mismos, ya que una movilización inadecuada o una aplicación incómoda de los movimientos, equipos y materiales pueden provocar lesiones musculoesqueléticas perjudiciales para nuestra salud.

Antes de la movilización, es necesario evaluar la patología y el estado de dependencia del paciente para determinar el mejor curso de acción para trasladarlo o movilizarlo de manera beneficiosa y sin dolor contra los intereses.

6 Bibliografía

1. <https://es.slideshare.net/muktenor/prevencin-dolenciaes-espalda-enmovilizacin-de-enfermos>.

Capítulo 555

EL CELADOR DURANTE LA COLOCACIÓN DE LOS PACIENTES EN LAS DIFERENTES POSTURAS ANATÓMICAS

GEMA SORIA LOZANO

MARIA DEL MAR GILABERT CÁMARA

MARÍA DOLORES GARCÍA GALAFATE

ALFONSO JOSE ROMERO GALAFATE

PEDRO JOAQUÍN MARTÍNEZ MERINO

1 Introducción

La colocación de los pacientes en las posiciones anatómicas básicas es una de las actuaciones más realizadas con los pacientes, especialmente con aquellos pacientes que se encuentran encamados.

Durante esta breve introducción el lector se puede preguntar: ¿Por qué la colocación de los pacientes encamados en las diferentes posiciones anatómicas básicas es una de las actuaciones más realizadas en los centros hospitalarios? La respuesta es sencilla al conocer el término de paciente encamado.

Se entiende como pacientes encamados a aquellos pacientes que pasan largas temporadas en la cama hospitalaria debida a sus condiciones físicas, o a su diagnóstico clínico. Es por ello, por lo cual el equipo sanitario deberá realizar cambios

posturales a estos pacientes para evitar la aparición de heridas o la creación de úlceras por presión, y a su vez, para garantizar la comodidad y confortabilidad del paciente encamado.

La actuación de movilizar a estos pacientes durante el cambio de posición deberá ser realizada por dos profesionales como mínimo (celador y técnico en cuidados auxiliares de enfermería), siendo necesario la participación de hasta 3 o 6 profesionales cuando el paciente sea muy pesado para poder ser movilizado únicamente por dos profesionales o cuando el diagnóstico clínico del paciente requiera la movilización de este en bloque.

2 Objetivos

- Conocer la función del celador durante la colocación de los pacientes en las posiciones anatómicas básicas.
- Enumerar las diferentes posiciones anatómicas básicas en las cuales pueden colocarse a los pacientes.
- Detallar los casos en los cuales se colocará al paciente en una posición u otra.

3 Metodología

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

4 Resultados

El celador participará como un miembro más del equipo asistencial durante la colocación de los pacientes en la postura anatómica determinada, puesto que es función exclusiva de los celadores la movilización de los pacientes.

La figura del celador se encontrará en cada una de las movilizaciones de los pacientes, y en exclusiva, durante la colocación de los pacientes independientemente de la postura anatómica en la que sea colocado el paciente.

La movilización de los pacientes se podrá realizar en cuatro posiciones anatómicas básicas.

1. Decúbito supino, o decúbito dorsal.

2. Decúbito prono, o decúbito ventral.

3. Decúbito lateral izquierdo.

4. Decúbito lateral derecho.

Siendo estas posiciones las más utilizadas por el equipo sanitario puesto que son muy útiles para:

- Realizar el aseo diario del paciente encamado.
- Realizar el cambio de ropa de cama.
- Colocar o retirar pañales, cuñas o botellas.
- Proporcionar al paciente comodidad.
- Realizar cambios posturales de aquellos pacientes que pasan largas temporadas encamados.
- Prevenir la aparición de heridas o úlceras por presión.
- Realizar exploraciones.
- Realizar intervenciones quirúrgicas.

En la mayoría de las ocasiones en las que se colocan a pacientes encamados en estas posiciones anatómicas básicas, es necesario la utilización de medios auxiliares para que el paciente mantenga la postura correcta, estos medios auxiliares consisten en: almohadas, mantas, sabanas, cojines... y en el caso de los quirófanos, soportes especiales para brazos o piernas los cuales serán colocados de manera anexa a la mesa de intervenciones.

Otras posiciones anatómicas utilizadas por el equipo asistencial son:

- Posición de fowler, fowler alto o semifowler. o Facilitar actividades rutinarias (comer, leer, ver televisión...) o Facilitar la respiración del paciente. o Cambio postural.
- Posición ginecológica o de litotomía. o Exploración ginecológica. o Partos.
- Posición de sims o de seguridad. o Pacientes inconscientes, o Cambio postural. o Administración de enemas.
- Posición de trendelenburg. o Para asegurar el soporte de la sangre a la cabeza del paciente (hipotensión arterial, limpotimias...)
- Posición de antitrendelenburg. o Pacientes con dificultad respiratoria
- Posición de roser. o Lavar el cabello del paciente. o Intubar al paciente.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El celador durante la colocación de los pacientes en las diferentes posturas anatómicas” nos demuestra la principal actuación de los celadores durante la colocación de los pacientes en la posición anatómica determinada o bien por el

médico a cargo del paciente, o bien por el equipo de enfermería responsable del paciente.

Como se ha mencionado anteriormente, la función del celador durante la colocación del paciente será la de movilizar a estos hasta la posición determinada, para lo cual deberá tener unos conocimientos mínimos sobre las condiciones físicas del paciente, así como su diagnóstico clínico, por lo cual, esta función deberá ser ejecutada conjuntamente con el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, el cual debe conocer a su paciente.

6 Bibliografía

- Aguilar,M.C, Garrido, J.M, Haro, M.C. El celador en la unidad de cuidados críticos. España. Formación continuada logoss. 2013
- Castilla-La Mancha, SESCOAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.
- GARRIDO, J.M. El celador ante pacientes geriátricos. España. Formación continuada Logoss. 2013
- Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición2021
- Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.
- RODRIGUEZr,F., CASTRO, A. El celador en cuidados paliativos. España. Formación continuada logoss. 2018

Capítulo 556

EL PERSONAL DE LAVANDERÍA Y LOS FACTORES PARA ELEGIR EL EQUIPAMIENTO NECESARIO DE LA ZONA DE LAVANDERÍA HOSPITALARIA

KAROL FERNANDA TORRES OMEN

MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA

MARIA DOLORES FERNÁNDEZ - LUENGO MUÑOZ

JOSEFA ANDRÉS PARRA

ANDREA CASERO ALBA

1 Introducción

El proceso de tratamiento de la ropa en una lavandería es continuo, se realiza por etapas y se adhiere al principio de no marcha atrás.

Como debemos saber, se requiere una barrera sanitaria para dividir dos zonas (la zona sucia y la zona limpia). Cada etapa se completa en un lugar separado con las herramientas, materiales y personal necesarios por el trabajo realizado allí.

Si bien entenderemos el material para referirnos a los diferentes tipos de productos, entenderemos los equipos e instalaciones para referirnos a la maquinaria

necesaria para el funcionamiento de cada área de lavandería (incluida el área de planchado) necesario lavar, secar, planchar y arreglar la ropa.

Ya sea que esté planeando construir una nueva instalación, remodelar una existente o modernizar una existente, la elección del equipo de lavandería es crucial. Se debe tener en cuenta la tarea a realizar, la capacidad y potencia del dispositivo, la cantidad y consumo necesarios, así como el espacio disponible.

En términos de maquinaria, existen muchos tipos diferentes de máquinas necesarias para poner en marcha una lavandería sanitaria, cada una con un conjunto diferente de capacidades y usos.

Para los siguientes procedimientos es imprescindible la maquinaria adecuada:

- Lavadoras, trenes de lavado y centrífugas.
- Secadoras, equipos para secado.
- El equipo de planchado incluye calendarios y planchas.
- Carpetas y equipos de embalaje.

2 Objetivos

Comprender y enumerar los distintos elementos que el personal de lavandería debe considerar a la hora de elegir el mejor equipo de trabajo.

3 Metodología

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

Se han utilizado palabras clave como planchadora y equipo de lavandería.

4 Resultados

Para realizar la elección correcta del equipamiento de una lavandería se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Tipo de ropa a tratar: Dependerá del tipo de instalación que utilizarán los servicios de lavandería.

- La cantidad de ropa a procesar dependerá del número de usuarios o residentes que expiden prendas así como de si la lavandería atenderá a una sola institución o a varias.
- Durabilidad de la ropa: los tejidos más resistentes resisten mejor los tratamientos agresivos.
Los tejidos menos duraderos se deterioran más rápidamente y duran menos tiempo.
- La cantidad de suciedad en la ropa: Naturalmente, la cantidad de suciedad en la ropa varía. Sin embargo, es cierto que, dependiendo del uso, frecuentemente se puede predecir si un determinado tipo de suciedad será más o menos común.
Da información sobre la ropa y el tipo de actividad para la que se utiliza.
- Turnos de trabajo: Es fundamental considerar el número de horas que estarán funcionando las máquinas.
- Distribución de la carga de trabajo: la cantidad de trabajo puede distribuirse de manera uniforme y continúa a lo largo del día o puede fluctuar.
- Previsión de incidencias: A la hora de determinar el número de equipos necesarios, es importante tener en cuenta cualquier parada o inactividad de una máquina que pueda deberse a descanso, inspección o mantenimiento.
- Facilidad de operación: Generalmente, y particularmente cuando se trabaja en varios turnos, las máquinas serán operado por varios operadores. Por este motivo, es mejor elegir dispositivos sencillos con instrucciones e indicadores claros.
- Consistencia entre fases: El proceso de tratamiento de la ropa debe ser continuo, es decir, que la ropa lavada pasa a una secadora y luego a la sección de planchado.
- Presupuesto: Sin duda los costos son importantes y el monto gastado también estará determinado por los fondos asignados.

5 Discusión-Conclusión

Pudimos conocer más, investigar y llegar a la conclusión de que la dotación de maquinaria para una lavandería se realizará teniendo en cuenta varios en este capítulo factores mencionados anteriormente, en particular teniendo en cuenta el proceso, la organización del trabajo y la ropa a tratar.

La maquinaria debe preservar la integridad de los tejidos en la mayor medida posible para ayudar en la conservación de la ropa.

Ciertas prendas de vestir son más delicadas que otras y no deben manipularse con brusquedad. También podría ser necesario un procedimiento específico, como antimanchas, antidesinfectante o antiarrugas.

En términos de maquinaria, existen muchos tipos diferentes de máquinas necesarias para poner en marcha una lavandería sanitaria.

6 Bibliografía

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

Capítulo 557

FUNCIONES DEL CELADOR EN LAS DIFERENTES PLANTAS DE HOSPITALIZACIÓN

GEMA SORIA LOZANO

MARIA DEL MAR GILABERT CÁMARA

MARÍA DOLORES GARCÍA GALAFATE

ALFONSO JOSE ROMERO GALAFATE

PEDRO JOAQUÍN MARTÍNEZ MERINO

1 Introducción

Según la definición encontrada en el diccionario de la Real Academia de la lengua Española (RAE), el celador es la persona encargada de vigilar. Es por ello, que las principales funciones del celador, según la orden del 5 de julio de 1971, por la cual se recogen las funciones del personal subalterno en las instituciones sociales, sean las de vigilar:

- A los pacientes, usuarios y visitantes en cualquier zona común de la institución sanitaria.
- El comportamiento de pacientes, usuarios y visitantes en las habitaciones de los pacientes.
- El orden tanto del interior como del exterior de la institución sanitaria, ya sea en el turno diurno como en el nocturno.

Sin embargo, las funciones realizadas exclusivamente por el personal subalterno en relación con la asistencia del paciente son las de trasladar y encargarse de la movilización de los pacientes, ya que el personal subalterno se ocupará de realizar cada una de las funciones, determinadas por sus superiores más inmediatos, que no suponga la realización de una función técnica de otra categoría profesional. En el ámbito sanitario, los celadores realizarán una serie de funciones generales a todas las plantas de hospitalización y a todos los servicios del centro hospitalario, sin embargo, realizará funciones exclusivas de cada una de las plantas de hospitalización.

2 Objetivos

- Conocer las funciones generales de los celadores recogidas en la normativa vigente, la orden del 5 de julio de 1971.
- Enumerar las funciones específicas realizadas por los celadores en cada una de las plantas de hospitalización.

3 Metodología

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

4 Resultados

Funciones específicas de los celadores teniendo en cuenta la planta de hospitalización.

- Planta de tocología.
- Trasladar a las pacientes parturientas a la unidad de monitores del servicio de paritorio.
- Trasladar a las pacientes parturientas a la unidad de dilatación.
- Trasladar a las pacientes parturientas a la sala de paritorio.
- Trasladar a la paciente púérpera junto al recién nacido a la planta de tocología desde el servicio de paritorio.
- Auxiliar al técnico en cuidados auxiliares durante el aseo de los bebés.

- Trasladar al banco de sangre la muestra de sangre del recién nacido para que introduzcan en el sistema el tipo de sangre del bebé.
- Planta de cirugía.
- Auxiliar al equipo de enfermería durante la cura de heridas de los pacientes intervenidos quirúrgicamente.
- Planta de traumatología.
- Auxiliar al equipo de enfermería durante la cura de heridas de los pacientes intervenidos quirúrgicamente.
- Auxiliar al técnico en cuidados auxiliares de enfermería a movilizar al paciente politraumatizado.
- Auxiliar al técnico en cuidados auxiliares de enfermería a movilizar al paciente con tracción en alguna de sus extremidades superiores o inferiores.
- Planta de oncología.
- Trasladar desde el servicio de farmacia a la planta de hospitalización de oncología las preparaciones químicas de los tratamientos de oncología, conocidos como ciclos de quimioterapia.
- Planta de medicina interna.
- Trasladar a los pacientes a las consultas que le sean determinadas por el equipo médico.
- Auxiliar al fisioterapeuta durante la sesión de fisioterapia de los pacientes que reciben rehabilitación en la planta.
- Planta de geriatría.
- Auxiliar al técnico en cuidados auxiliares de enfermería a movilizar al paciente que no pueda ser movido por el propio técnico debido al peso del paciente, al diagnóstico clínico de este o a sus condiciones físicas.
- Auxiliar al fisioterapeuta durante la sesión de fisioterapia de los pacientes que reciben rehabilitación en la planta.
- Planta de pediatría.
- Auxiliar al equipo médico, al equipo de enfermería durante la inmovilización del paciente pediátrico cuando sea necesaria la recogida de muestras o análisis y el paciente no permanezca quieto.
- Auxiliar al equipo médico, al equipo de enfermería durante la inmovilización del paciente pediátrico cuando sea necesaria la cura de heridas y el paciente no permanezca quieto.
- Planta de psiquiatría.
- Vigilar el comportamiento de los pacientes en las zonas comunes de la planta de psiquiatría.

- Acompañar a los pacientes a fumar en los lugares permitidos dentro del recinto de la institución sanitaria.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación llevada a cabo, se demuestra, en primer lugar, que las actuaciones realizadas por los celadores adscritos a las plantas de hospitalización es fundamental, realizando las funciones generales para cada planta, así como las funciones específicas de cada planta de hospitalización.

De este modo, se ha podido comprobar la importancia de la presencia del celador en la planta de hospitalización, puesto que en la mayoría de las actuaciones asistenciales o actuaciones médicas realizadas a los pacientes se encuentra presente la figura del celador, facilitando la actividad al resto de categorías profesionales.

6 Bibliografía

1. Castilla-La Mancha, SESCOG. Celador. España. MAD. Edición 2023.
2. Garrido, J.M. El celador ante pacientes geriátricos. España. Formación continuada Logoss. 2013
3. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2021.
4. Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.
5. Rodríguez, F., Castro, A. El celador en cuidados paliativos. España. Formación continuada logoss. 2018.
6. VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España. MAD. Edición 2021.

Capítulo 558

EL CELADOR EN EL ALMACÉN GENERAL DEL CENTRO HOSPITALARIO: FUNCIONES DEL CELADOR ENCARGADO DE LA RECEPCIÓN DE MATERIAL

GEMA SORIA LOZANO

MARIA DEL MAR GILABERT CÁMARA

MARÍA DOLORES GARCÍA GALAFATE

ALFONSO JOSE ROMERO GALAFATE

PEDRO JOAQUÍN MARTÍNEZ MERINO

1 Introducción

Se entiende como almacén general de un centro hospitalario como el lugar físico donde se encuentra almacenado el material sanitario y no sanitario utilizado en los diferentes servicios de la institución sanitaria.

Es por ello, que la principal función de este servicio es la de proporcionar el material requerido por las plantas de hospitalización o por los diferentes servicios del centro sanitario.

El almacén general puede funcionar a través de dos modalidades:

- Petición urgente.

Son los pedidos del material que se ha acabado en un servicio determinado y hace falta para la realización de su actividad médico-asistencial. Los pedidos de este material se realizan por llamada telefónica del supervisor, o por albarán urgente.

- Petición semanal.

Son los pedidos del material realizado por el supervisor de la unidad siguiendo las pautas indicadas en los albaranes de pedido. Estos pedidos se realizan semanalmente, por lo que el pedido será de mayor envergadura que los pedidos urgentes.

Dentro del almacén general de un centro hospitalario pueden realizar sus funciones un gran número de celadores, encargados de la logística del material sanitario y no sanitario dentro y fuera del almacén. Es por ello, por lo que existirán distintas funciones a realizar por los celadores.

- Celador de preparación de pedidos urgentes.

- Celador de preparación de pedidos semanales.

- Celador encargado de repartir el material por los diferentes servicios.

- Celador encargado de recepcionar la mercancía.

2 Objetivos

- Definir el concepto de almacén general de un centro hospitalario.

- Conocer los diferentes puestos de trabajo dentro del almacén general de un centro hospitalario.

- Enumerar las funciones desarrolladas por los celadores encargados de recepcionar el material trasladado por los diferentes transportistas.

3 Metodología

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

4 Resultados

El celador encargado de recepcionar los pedidos.

Este celador será el profesional encargado de recepcionar cada uno de los pedidos transportados por las diferentes empresas de transporte.

A continuación, se va a detallar el procedimiento realizado por este celador cada vez que llega un transportista con un pedido.

- En primer lugar, se debe identificar a que empresa de transporte pertenece el transportista para actuar de una manera u otra. Esto se debe a que hay empresas que traen sus propios albaranes con el número de bultos transportado en los cuales se sellarán que el pedido se ha recibido, y hay otras empresas que se deben apuntar a mano y sellar las cajas que trae el transportista.
- Recibir el albarán del transportista y contar el número de bultos que transporta. Una vez que se ha sido comprobado el albarán con el número de bultos, se sellará el albarán. En el sello debe aparecer: el nombre de la institución sanitaria y la fecha.
- Los transportistas que no traigan albarán se deberán apuntar a mano y sellar en la propia caja donde es transportado el material, el sello se colocará en la pegatina donde aparece la ubicación con el destino del paquete. El transportista le realizará una fotografía a la caja y al sello.
- Una vez recepcionadas las cajas, habrá que abrirlas de una en una para comprobar el número de material recibido, con el número de material que se encuentra reflejado en el albarán. Una vez se ha comprobado, se anotará el lote del producto y la caducidad si el producto tuviera caducidad.
- La última función del celador del almacén encargado de recepcionar la mercancía es trasladar el material a la ubicación destinada para cada producto, haciendo hincapié en colocar los productos que caduquen delante, dejando los que tengan mayor caducidad al fondo.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación llevada a cabo, se demuestra, en primera instancia, que existen diferentes puestos del celador dentro del almacén general del centro hospitalario, y en segunda instancia, la importancia de las funciones del celador encargado de recepcionar los pedidos a los diferentes transportistas.

Es importante destacar, que las principales funciones de los celadores del almacén general de un centro sanitario es encargarse de la logística de todo el material sanitario dentro del centro sanitario, por lo que es importante que realicen a la perfección sus funciones para no dar lugar a desabastecer de material sanitario a las múltiples unidades que conforman el centro hospitalario.

6 Bibliografía

1. Castilla-La Mancha, SESCOAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.
2. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2021.
3. Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.

Capítulo 559

EL SERVICIO DE INFORMACIÓN Y LAS DIFERENTES TAREAS DE LOS CELADORES

FRANCISCO JAVIER EXPÓSITO MORENO

JUAN MANUEL COZAR LAS HERAS

BLANCA MARÍA DÍAZ MÉNDEZ

MARIA DEL CARMEN GARCÍA MORENO

KEVIN PEREZ MARTIN

1 Introducción

Las funciones que deben de realizar de forma diaria los celadores en los distintos servicios de los centros hospitalarios o incluso en los centros de salud de atención primaria, se encuentran recogidos en el artículo 14.2 de la orden ministerial del 5 de julio de 1971, del estatuto personal no sanitario.

Nuestro objetivo, con este breve, pero intenso capítulo, es ser capaces de demostrar la labor tan interesante y a la vez tan importante que realizan nuestro cuerpo de celadores en el servicio de información de los diferentes centros hospitalarios o incluso de algunos centros de atención primaria.

Gracias a este personal, podemos decir que los pacientes y acompañantes llegan a los distintos servicios sanitarios de manera fácil y rápida.

También tenemos que señalar que este servicio que ofrecen los celadores, se encuentra situado en la puerta principal de todo aquel centro hospitalario. Gracias a esta colocación tan estratégica, nuestros celadores nos podrán indicar desde donde se sitúan las consultas externas, pasando por hospitalización e incluso nos podrán señalar donde se pueden localizar los diferentes servicios más complejos y por ello más lejanos que contienen los centros hospitalarios. Serán estos celadores los primeros en atender a los pacientes y a sus acompañantes.

2 Objetivos

Mostrar e indicar el trabajo que los celadores de información realizan de forma diaria en este servicio 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. También se han consultado la web del BOE y Forma Curae.

4 Resultados

Los celadores son la primera cara del personal del hospital que recibe a los pacientes y acompañantes, junto con ellos también encontramos a las auxiliares administrativas, estas se ubicarán en el mostrador de la puerta principal del centro sanitario.

Al ser el primer personal que los pacientes y acompañantes se encuentran de frente, podemos decir que las funciones de los celadores son bastante arriesgadas. Los celadores de información para conseguir realizar bien sus funciones deben de ser un grupo con buenas actitudes, como lo son: Afectuosos, tolerantes en ciertos momentos que puede haber de tensión, deben de mostrar serenidad y además deben mostrar simpatía ante los pacientes, acompañantes e incluso con sus propios compañeros.

Estas actitudes son las más importantes a la hora de hacer frente al puesto de trabajo como celador de información, ya que al ser las primeras caras que ven, los pacientes realizarán varias preguntas, habrá casos en que los acompañantes se encuentren malhumorados y la paguen con los celadores de información, y en estos casos el celador deberá responder con calma y serenidad, pero no tendrá respuesta para todas las preguntas, puesto que habrá algunas que no sean de su competencia.

Vamos a describir cuáles son las funciones principales de los celadores en este servicio, mostraremos las más importantes a la hora de atender a los enfermos y a sus acompañantes:

- Serán los encargados de dirigir, mostrar y señalar donde están los diferentes servicios hospitalarios, además les indicarán por donde acceder a ellos, informarán tanto al enfermo como al acompañante que vaya con él.
- Se fijarán en toda persona que acceda al centro hospitalario, además deberán restringir la entrada a toda persona que lleve síntomas de embriaguez o de cualquier otra cosa que ellos tengan sospecha, ya que los centros hospitalarios son un lugar donde prima la seriedad.
- Interceptarán cualquier bebida o alimento que venga del exterior, este tipo de alimentos no tienen permitido el acceso al centro, pudiendo así los celadores retenerla hasta que el enfermo o el acompañante se retiren del centro hospitalario, una vez se vayan se les devolverán íntegramente.
- Tomarán nota de todas las salidas que realicen los enfermos, ya que estos no pueden acceder a la calle estando ingresados, solamente pueden acceder a la calle aquellos pacientes que tenga permiso médico, que en ese caso será mostrado al celador y este le dará el permiso.
- Serán los encargados de trasladar a los pacientes que vayan debidamente identificados a los diferentes servicios que contenga el centro hospitalario, el paciente debe ir identificando con la pulsera de ingreso.
- Serán los encargados del servicio de cartería, esto quiere decir que también se encargarán de repartir la correspondencia a los diferentes departamentos del centro hospitalario, y en el caso de que sean cartas para particulares, deberán ordenarlas y más tarde enviarlas a las diferentes direcciones.
- Ofrecerán las sillas de ruedas a quien lo necesite, pueden ser desde personas mayores hasta jóvenes con alguna fractura.
- Serán los encargados de controlar el ambiente que haya en su zona de trabajo, si hay momento que hay mucho barullo, estos pondrán silencio en ese momento.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores son las personas encargadas de dar la bienvenida a toda persona que acceda al centro hospitalario, por lo cual deben de saber muy bien como comportarse en cada situación en la que se puedan encontrar y siempre atender con amabilidad y buena cara.

Los celadores que se vayan a encargar del puesto de trabajo de información, deben de ser cautelosos y muy pacientes.

Tienen la obligación de nunca llegar a faltar el respeto a los asistentes al hospital y ofrecerles toda aquella información que los pacientes y acompañantes les pidan, siempre y cuando no se revelen datos personales, por la ley de protección de datos.

Por esto y mucho más, podemos decir que las funciones que los celadores realizan en el servicio de información son muy importantes a la hora de llevar una buena coordinación en el centro sanitario.

6 Bibliografía

1. Home - Formacurae “La formación en cursos de dermoestética que necesitas”. (2019, noviembre 7). Formacurae. <https://www.formacurae.es/>.
2. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. (s/f). Boe.es. Recuperado el 20 de abril de 2023, de <https://www.boe.es/>.
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
4. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
5. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 560

EL CELADOR EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

FRANCISCO JAVIER EXPÓSITO MORENO

JUAN MANUEL COZAR LAS HERAS

BLANCA MARÍA DÍAZ MÉNDEZ

MARIA DEL CARMEN GARCÍA MORENO

KEVIN PEREZ MARTIN

1 Introducción

Los centros de salud o atención primaria son instalaciones médicas que van a tener la función de brindar atención sanitaria básica y preventiva a todas las personas que acudan a él. Estos centros sanitarios suelen ser la primera línea en el sistema de atención médica y suelen ser gestionados por profesionales de la salud como médicos generales, enfermeros y otros profesionales relacionados con el ámbito de la sanidad.

En los centros de atención primaria se van a ofrecer servicios de atención médica como vacunaciones, atención de enfermedades menores y crónicas, asesoramiento en temas de salud y prevención, etc. Además, los centros de atención primaria pueden ser una fuente importante de información y educación en salud para la comunidad local.

La labor que va a desempeñar un celador que trabaja en un centro de salud o atención primaria implica la realización de diversas y numerosas tareas que con-

tribuyen al correcto funcionamiento del centro de salud y al bienestar de los pacientes que acuden diariamente al mismo.

La presencia de los celadores en los centros de salud o atención primaria son esenciales para garantizar la accesibilidad a todos los pacientes que acuden a diario, especialmente para aquellos pacientes que tienen dificultades para acceder a él.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo de libro es conocer cuáles son las funciones que va a desempeñar un celador que trabaja diariamente en un centro de salud o atención primaria.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo de libro se ha realizado una revisión bibliográfica a través de diferentes bases de datos científicas, tales como: Medline, Pubmed, Scielo y Cuiden. También se ha realizado una búsqueda por diferentes páginas webs de Internet. Para realizar la búsqueda hemos utilizado los descriptores: atención primaria, centros de salud, funciones del celador, celador, etc. Se han seleccionado los artículos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El rol del celador en los centros de atención primaria es fundamental para poder garantizar el correcto funcionamiento del centro de salud y una atención de calidad a todos los pacientes que acuden diariamente al centro de salud. A continuación, nombraremos algunas de las muchas y diferentes funciones que tiene que realizar un celador en un centro de atención primaria:

- El celador se tendrá que encargar de recepcionar y atender a los pacientes que acuden al centro: El celador va a recibir a todos los pacientes que llegan al centro de salud y se encargará de brindar toda la información que necesiten sobre los diferentes servicios que se ofrecen en el centro. También va a ser el responsable de la organización y limpieza donde se encuentran esperando los pacientes.
- El celador tendrá la función de transportar a los pacientes que acuden al centro de salud: el celador va a encargarse de trasladar a los pacientes que no sean capaz

de trasladarse por su propio pie desde la sala de espera hasta la consulta del profesional sanitario.

- Gestión de material y equipamiento: El celador colabora en la gestión de materiales y equipamiento necesarios para el correcto funcionamiento del centro de salud. Esto incluye el control de inventario, la recepción y distribución de suministros, y el mantenimiento de los equipos médicos.
- El celador va a encargarse de apoyar a los pacientes que acuden al centro de atención primaria. El celador, si es necesario, puede ayudar tanto a los médicos como a los profesionales de enfermería en la atención que se le va a dar a los diferentes pacientes, colaborando con ellos en la toma de signos vitales, movilización de pacientes, administración de medicamentos, entre otras muchas funciones.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión y para terminar con este capítulo de libro, podemos decir que la figura del celador en atención primaria es muy importante, ya que va a desempeñar un papel fundamental en el correcto funcionamiento del centro de salud y en la atención de calidad a los pacientes.

En resumen y para finalizar, podemos ver que la presencia del celador en los centros de atención primaria es muy importante para garantizar una atención de calidad a los pacientes, puesto que colabora en la gestión del centro, la atención a los pacientes y el mantenimiento de las instalaciones del centro de atención primaria.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. Sicepa. Funciones del Celador en los Centros de Atención Primaria [Internet]. II Congreso Virtual SICEPA - USIPA 2022: "Sanidad, un trabajo en equipo". Disponible en: <https://congresosicepa.com/celador-atencion-primaria/>.
5. Revista Médica y de Enfermería Ocronos. Las funciones del celador en Atención Primaria [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2020. Encontrado en: <https://revistamedica.com/las-funciones-del-celador-en-atencion-primaria/>.

Capítulo 561

EL CELADOR EN LOS SERVICIOS DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI).

FRANCISCO JAVIER EXPÓSITO MORENO

JUAN MANUEL COZAR LAS HERAS

BLANCA MARÍA DÍAZ MÉNDEZ

MARIA DEL CARMEN GARCÍA MORENO

KEVIN PEREZ MARTIN

1 Introducción

El celador dentro de las unidades de cuidados intensivos es una pieza clave en las unidades de cuidados intensivos.

En estas unidades, el celador es una pieza clave en el conjunto de actividades que se realizan para aumentar y conservar la salud de los pacientes críticos que se encuentran ingresados, tratando de favorecer el bienestar físico y psíquico en la medida en la que la patología lo permita.

Las llamadas UCIS son también llamadas de Medicina Intensiva, es un servicio muy complejo cuyo objetivo es que el paciente recupere su vida de la forma más integral posible y en las mejores condiciones. Se trata patologías muy severas en las que los profesionales que forman parte del equipo deben estar formados en el campo de manera específica.

El celador de UCI, como tal, ejercerá un refuerzo al personal de la Unidad y es el punto de unión con otros servicios del hospital. El celador que se encuentra

destinado en estos servicios debe estar muy formado y preparado debido a las características tan especiales que tienen los pacientes que se encuentran ingresados en estas unidades. Existen formaciones teóricoprácticas en este campo que se deben realizar para dar una atención integral, sobre todo en el tema de las movilizaciones y la higiene.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones que realiza la figura del celador en una unidad de cuidados intensivos en los centros hospitalarios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo sobre el celador en las unidades de cuidados intensivos, 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. Se han consultado diversas bases de datos y buscadores como: Google.es, Google Académico, scielo.isciii.es, así como diversas páginas webs de higiene y aseo del paciente hospitalizado. Las palabras clave utilizadas han sido: celador en UCI, higiene paciente hospitalizado, técnicas de aseo del paciente, higiene y bienestar.

4 Resultados

Las unidades de cuidados intensivos son uno de los servicios de los centros hospitalarios que exigen mayor especialización, vigilancia y control de los pacientes en estado crítico que llegan para ser diagnosticados y mantener sus funciones vitales hasta que puedan hacerlo por ellos mismos.

El celador de estas unidades debe saber realizar los cambios posturales y las movilizaciones de pacientes que no solo se encuentran encamados sino inconscientes y conectados a ventilación asistida u otras máquinas. Debe estar en estos servicios con el uniforme adecuado, la asepsia en las entradas y salidas del box, se evitarán los ruidos innecesarios, se encargarán los traslados del paciente a las pruebas que no se puedan realizar dentro de la unidad, trasladarán los aparatos y materiales que les indiquen al igual que indican el acceso de los familiares en los

horarios de visitas según cada protocolo. Los celadores dentro de estas unidades son los encargados del aseo y la higiene de los pacientes junto con los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.

Otra de las tareas que realizan es el amortajamiento y el traslado al mortuario de los fallecidos. Por otro lado, tramitan las comunicaciones que les pidan. Les asearán, harán trabajos de fuerza si se lo requieren, amortajarán al fallecido y lo trasladarán al mortuario y tramitarán comunicaciones que les soliciten.

En cuanto a la higiene, el celador debe utilizar el mismo material de protección que el resto del personal que forma parte del equipo que lleva a cabo sus labores de asistencia integral y continuada dentro de la unidad. Se suele utilizar guantes desechables, batas desechables y mascarilla de forma continuada en los tiempos de la crisis sanitaria que vive el planeta. La higiene es un punto clave para la recuperación. Esto recae sobre los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y el celador bajo la supervisión de la enfermera.

Ante las situaciones de ansiedad y angustia que se viven en estas unidades, el celador debe cuidar la parte emocional en la formación y atención que se ofrece al paciente y a los familiares como una unidad. La gestión de las emociones es una tarea pendiente en la formación de estos profesionales y de la atención en estas unidades por parte de los celadores.

5 Discusión-Conclusión

El celador es la pieza fundamental para prevenir junto al técnico en cuidados auxiliares de enfermería para el cuidado y la higiene de la piel a través de las movilizaciones que se realizan al paciente cada dos horas y la higiene diaria y cuando se precisa en la que este profesional ejerce sus funciones con plena autonomía y en coordinación con el resto del equipo de estas unidades. Ante cualquier alteración de la piel, el celador lo debe comunicar al equipo de enfermería.

El celador debe tener en cuenta que el ingreso de una persona en una de estas unidades genera una vivencia de mucha crueldad y muy traumática, por ello debe formarse en la empatía y en las relaciones no solo con el paciente sino con sus familiares, ya que el celador es el que bajo función delegada permite el acceso a las visitas a la unidad.

Se ha llegado de decir que el celador es una de pieza fundamental, porque el médico pone el tratamiento, pero quien moviliza es el celador y el paciente lo espera como agua de mayo.

6 Bibliografía

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

Capítulo 562

EL PERSONAL DEL SERVICIO DE LAVANDERIA HOSPITALARIA Y EL PROCESO DE PRODUCCION DE ROPA, TIPOS DE ROPA Y TEJIDOS

KAROL FERNANDA TORRES OMEN

MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA

MARIA DOLORES FERNÁNDEZ - LUENGO MUÑOZ

JOSEFA ANDRÉS PARRA

ANDREA CASERO ALBA

1 Introducción

En el contexto de la atención y la seguridad del paciente, la lavandería es una instalación hospitalaria fundamental.

Los hospitales, residencias de ancianos e incluso centros de salud deben limpiar o desinfectar inmediatamente su ropa debido al coronavirus.

Debido a las altas temperaturas, los químicos necesarios y los equipos altamente especializados, las lavanderías de los hospitales son las encargadas de realizar una desinfección completa. Se deben establecer los más altos estándares de atención para esta industria en términos de uniformes y ropa para trabajadores y pacientes.

La infraestructura y herramientas de la lavandería son ideales para realizar estas tareas.

Los trabajadores que manipulan estas prendas corren el riesgo de entrar en contacto con los microorganismos de la ropa, que pueden propagar enfermedades infecciosas, además de contaminarse con polvo el sistema respiratorio, dañándolo o provocando alergias.

Hay dos categorías de vestimenta hospitalaria:

- Lino: consiste en una sola pieza de tela, como paños de cocina, fundas de almohada y sábanas.
- La ropa con formas es un grupo de prendas con una variedad de formas que se construyen a partir de dos o más piezas de tela, como pijamas, batas, pantalones y chaquetas.

El proceso de producción comienza cuando la lavandería del hospital recibe los carros de los hospitales y continúa hasta que la tienda de ropa o los pisos del hospital reciben las prendas limpias y planchadas.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo son familiarizar al lector con los distintos textiles que componen la ropa hospitalaria y el proceso utilizado para su elaboración, desde que sale del hospital limpio e higienizado hasta que regresa allí después de ser lavado y limpiado.

3 Metodología

Con la palabra clave "proceso de producción de prendas de vestir", se realizó una búsqueda de revisión bibliográfica de libros y artículos para preparar este capítulo. Esta búsqueda se realizó en las principales bases de datos como Scielo y motores de búsqueda como Google hospital", "lavandería" y "máquinas de lavandería".

4 Resultados

El proceso de producción comienza cuando la lavandería del hospital recibe los carros de los hospitales y continúa hasta que la tienda de ropa o los pisos del hospital reciben las prendas limpias y planchadas.

La ropa se clasifica primero antes de ser transportada mediante correas de esta clasificación a las lavadoras, donde deben lavarse a temperaturas de hasta 60 grados. Los objetivos del lavado pueden incluir quitar manchas, limpiar la ropa, blanquear y proteger la tela y el color.

Dependiendo del tipo de prenda o tejido pasa luego a la zona de secado o planchado. Para evitar mancharlas o contaminarlas, estas prendas deben manipularse con cuidado.

La humedad retenida debe liberarse durante el proceso de secado. Para ello se utilizan secadores o túneles de secado, y en la zona de planchado se debe aplicar calor y presión, siendo necesario el uso de calandras o planchas.

El último paso es doblar la ropa, cuyo principal objetivo es reducir el espacio que ocupa la ropa, reducir las arrugas y facilitar su manipulación. Pueden utilizar máquinas plegadoras o plegadoras manuales. Están situados desde aquí con los lomos hacia afuera, en bastidores o carros, son entonces distribuidos a los hospitales, las áreas de ropa blanca o desde allí a varios pisos del hospital.

Según los distintos tipos de tejidos utilizados, se puede clasificar la vestimenta hospitalaria.

- El algodón es resistente, absorbente, teñible, increíblemente cómodo y crea tejidos transpirables.
- Lino: extremadamente duradero, excelente conductor del calor y un material fresco al tacto.
- La lana es resistente, tiene un alto grado de elasticidad, absorbe la humedad y no se arruga fácilmente.
- La seda es elástica, absorbente, suave al tacto y aguanta bien los tintes.
- Las fibras sintéticas producen tejidos transpirables, ligeros y de tacto suave.
- Las fibras sintéticas son extremadamente duraderas, no se arrugan y son químicamente resistentes.

5 Discusión-Conclusión

En el proceso de producción de lavandería, la ropa sucia y contaminada se transforma en ropa limpia. Debe mantener su comodidad y atractivo estético durante todo este proceso sin degradarse.

Este proceso debe realizarse con un control minucioso en todas sus etapas, debiendo verificarse que las operaciones en cada tramo sean precisas.

Por el bien de la seguridad de los pacientes y del personal sanitario, este procedimiento de lavado debe ser minucioso. Se deben utilizar los materiales adecuados

para salvaguardar y desinfectar todas las prendas porque tanto las sábanas como la ropa pueden transmitir enfermedades y suponer un peligro de contagio.

6 Bibliografía

- www.equipo.h.com.
- www.scielo.org

Capítulo 563

PREVENCIÓN E HIGIENE EN EL GRUPO DE CELADORES EN LOS DISTINTOS CENTROS SANITARIOS

PABLO HERRERO POZUELO

LORENA SEGUIDO PANTOJA

ANA BELÉN RODRÍGUEZ IMBERNON

DIANA CRISTINA GARZON CORTES

JUAN CARLOS CASTILLA ROMERO

1 Introducción

Los celadores deben tomar precauciones para evitar la propagación de infecciones de profesional a profesional así como de paciente a profesional porque son personal no sanitario que entra en contacto con pacientes y por tanto son susceptibles a determinados riesgos infecciosos (hepatitis, tuberculosis).

Por tanto, son necesarias las medidas de seguridad habituales. Incluyen higiene personal, limpieza y desinfección, y mejora el estándar de atención brindada al abarcar una serie de acciones tomadas con la intención de prevenir infecciones o reducir riesgos para los pacientes y las personas dentro de un hospital y son aplicables a todos los pacientes, todos los empleados y todos los entornos de atención.

Es importante la higiene de manos, el uso de equipos de protección personal (EPP), la limpieza y desinfección ambiental, la esterilización de materiales y la eliminación adecuada de objetos cortantes y puntiagudos.

La higiene individual y la higiene social (que se ocupa de la salud colectiva) son las dos categorías de higiene que se distinguen para lograr y mantener la salud. Una infección nosocomial es cualquier condición provocada por microorganismos como resultado de una intervención médica, que afecta al paciente o al personal médico o no médico, y que ocurre en los centros hospitalarios.

2 Objetivos

Enumerar los cuidados y precauciones del celador en el hospital, ya que el desarrollo de su trabajo requiere contacto constante con los enfermos, directa o indirectamente, y puede llegar a ser un factor de transmisión de enfermedades.

3 Metodología

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

4 Resultados

El celador debe cumplir con las prácticas de higiene sugeridas a continuación:

- Higiene de manos: siempre se recomienda utilizar jabón o soluciones alcohólicas antes y después del contacto con el paciente. Es una de las formas más cruciales y exitosas de detener la propagación de gérmenes.

El hospital ha exigido el uso de equipo de protección personal (EPI). Se deberá utilizar guantes de acuerdo con los protocolos de actuación de las unidades hospitalarias. Se requieren máscaras quirúrgicas de alta resolución para los pacientes ingresados en la sala con tuberculosis o Covid-19. Se deberá utilizar batas, protectores oculares, gorros, calzas y todo lo anterior en las áreas que así lo requieran (quirófanos). Siempre que se utilicen correctamente garantizan protección contra salpicaduras, sangre, fluidos corporales e infecciones.

- Limpieza y desinfección del entorno: dado que los celadores pueden ser portadores de patógenos, es necesario limpiar minuciosamente todo lo que rodea al paciente, incluidos los objetos contaminados y las salas de aislamiento respiratorio o de contacto.
- Limpieza y esterilización de material médico: esto es particularmente importante cuando se manipulan materiales en la unidad de esterilización.
- Eliminación correcta de objetos cortantes y punzantes: en el celador, la mayoría de accidentes ocurren con agujas y material de sutura abandonados.

Todas estas acciones, junto con el paciente, la familia y el personal médico, contribuyen a fomentar un entorno seguro.

Para evaluar su estado de salud y descartar enfermedades transmisibles, el celador también deberá cumplir con los controles periódicos que realiza el Servicio de Medicina Preventiva para la evaluación de riesgos infecciosos. En caso de exposición accidental (pinchazo, salpicadura o ingestión), deberá ponerse en contacto con este servicio inmediatamente en un plazo de 24 horas. Este servicio ofrece vacunas contra la fiebre, la hepatitis B, la gripe y el tétanos, fiebre tifoidea.

5 Discusión-Conclusión

Para los profesionales de la salud, mantener una buena higiene y limpieza personal es fundamental porque no hacerlo puede provocar la propagación de microorganismos patógenos.

El celador deberá practicar siempre una buena higiene y desinfección. También se requerirá usar su uniforme reglamentario al ingresar al lugar de trabajo y lavarse bien las manos con agua y jabón. Además, siempre deberá mantener su ropa de trabajo limpia y reponerla cuando se ensucie por cualquier circunstancia. También hay que lavarse siempre las manos después de entrar en contacto con una persona enferma porque, además de crear una impresión negativa, hacerlo va en contra del Estatuto Marco de los Servicios de Salud.

6 Bibliografía

- <https://revistamedica.com/conocimientos-celador-riesgos-laborales/>

Capítulo 564

LA HUMANIZACIÓN DE LA SANIDAD: LA APORTACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

ESTEFANIA PINTOR GONZALEZ

MARÍA JOSEFA RUBIO GARCÍA

PURIFICACIÓN MOLINA GARRIDO

AZAHARA JÁVEGA PALENCIA

LAURA CABELLO DE LA ROSA

1 Introducción

Los ciudadanos tienen el derecho fundamental a recibir información clara y concisa cuando se habla de su salud. Varias administraciones públicas con jurisdicción sobre estos asuntos podrían proporcionar esta información. Por supuesto, la información debe ajustarse a la ley tal como está ahora establecido.

Toda persona tiene derecho a la dignidad y al respeto de su privacidad y la de los demás. En términos de salud pública, esto adquiere una importancia cada vez mayor. Se manejan datos personales y sensibles de los pacientes.

Así, la Ley 41 de 2002 regirá la autonomía, los derechos y las responsabilidades del paciente en la industria médica.

Estos derechos cubren los siguientes puntos:

- La información se transmite en un formato que todos los usuarios puedan entender. La información se entrega de manera clara y comprensible a las personas con discapacidad.
- Explicar al paciente los procedimientos que debe seguir para ejercer los derechos legales que le hayan sido otorgados.
- Educarlo sobre los diversos beneficios de salud pública a los que podría tener derecho. ¿Cuáles son estas ventajas y cómo puedo obtenerlas?
- La presentación de diferentes ofertas sobre temas relacionados con la salud, tales como riesgos del medio físico, el clima, agentes biológicos, etc. Choque que el usuario puede experimentar en general. Se proporcionará información lo antes posible si un peligro es inminente.

2 Objetivos

-Hacer hincapié en la importancia de la atención que reciben los usuarios o pacientes por parte del personal administrativo en los diferentes centros sanitario. Los auxiliares administrativos suelen ser la cara más visible de un sistema de salud.

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. También se han consultado temarios de oposición de la categoría.

4 Resultados

El grupo de auxiliares administrativos generalmente supervisa la admisión de pacientes en un centro de salud. Es la cara más visible para los pacientes que acuden a los centros sanitarios. Suele ser el profesional que recibe en primer lugar al paciente, por lo tanto, es crucial que ese recibimiento sea llevado a cabo con simpatía y asertividad.

Para empezar, es el encargado de procesar todos los datos personales del paciente. Pues, debe utilizar esta información especialmente sensible con mucho cuidado. Los servicios médicos son aquellos que ofrece al público en general el sistema

nacional de salud e incluyen procedimientos de diagnóstico, rehabilitación, medidas preventivas, etc.

El llamado Plan de confort es un recurso donde puede ubicar los fundamentos prácticos para brindar a sus pacientes la atención adecuada.

Encontrarás lo siguiente en este plan:

- Mejorar la interacción y comunicación del usuario. Mejorar la gestión de solicitudes para administración, atención al paciente, atención médica y otras áreas. Mejorar la atención al paciente. El trato debe ser personal y cercano. Los pacientes necesitan saber que nos preocupamos por sus problemas e inquietudes. Prestaremos especial atención al bienestar de quienes son más dependientes y corren riesgos por su edad o condición física o psíquica.
 - Se distribuirán carteles informativos con contenido conciso y comprensible. Se recomienda utilizar la aplicación en su ordenador o teléfono inteligente.
- Para ser un buen profesional en sanidad se deben seguir los siguientes pasos:
- Mejoras particulares a diferentes servicios para hacerlos necesarios y competitivos.
 - Identificar adecuadamente a los pacientes en circunstancias de alto riesgo.
 - Ofrecer asistencia a los familiares y cuidadores de los pacientes, que son cruciales para la salud del paciente y su bienestar general.
 - Incentivar a los pacientes y sus familiares a participar en la elección de los cuidados y normas a seguir. Al tomar decisiones que podrían tener un impacto en la salud de un paciente, es fundamental que se sienta escuchado.

5 Discusión-Conclusión

Priorizar a los pacientes es imprescindible. Los pacientes deben sentirse escuchados, comprendidos y recibir atención de alta calidad.

Los valores que se deben fomentar entre el personal de los centros de salud son la responsabilidad, el trabajo en equipo, la humanidad y la integridad. Se debe maximizar la satisfacción del usuario y del paciente.

Se debe exigir a los auxiliares administrativos que conozcan la mayoría de los derechos de los pacientes, especialmente en entornos de atención primaria donde el tratamiento es más personal y directo.

Se deben defender los derechos de los pacientes y debemos asegurarnos de que reciban la atención adecuada.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/humanizacion-sns-auxiliar-administrativo>

Capítulo 565

EL TRABAJO A TURNOS EN EL GRUPO DE AUXILIARES ADMINISTRATIVOS DE LA SANIDAD

ESTEFANIA PINTOR GONZALEZ

MARÍA JOSEFA RUBIO GARCÍA

PURIFICACIÓN MOLINA GARRIDO

AZAHARA JÁVEGA PALENCIA

LAURA CABELLO DE LA ROSA

1 Introducción

La admisión de urgencias es el primer punto de contacto del paciente con el hospital cuando llega por una emergencia médica. La patología determinará si el paciente es tratado por su médico de atención primaria, ingresado en planta o dirigido a una clínica ambulatoria.

La asistencia sanitaria hospitalaria es un servicio que está disponible todos los días de la semana, los 365 días del año. Los trabajadores del ámbito sanitario suelen requerir turnos nocturnos y horarios rotativos.

Uno de los servicios donde con mayor frecuencia se produce esta rotación es el servicio de urgencias hospitalarias. La mayoría de las categorías profesionales de este servicio, incluidos médicos, enfermeras, auxiliares administrativos y celadores, tienen asignaciones en turnos nocturnos.

Los servicios de emergencia hospitalarios siempre están disponibles, como ya se mencionó. En la actualidad hay dos turnos de 7 horas a partir de las 8 a.m. a las 3 p.m. y a partir de las tres p.m. hasta las 22 p.m. También está el turno que va desde las 22 horas hasta las 8 horas del día siguiente.

Las horas extras del turno de noche y festivos se reembolsarán posteriormente con descansos o días libres, además de un bono mensual de nómina. El auxiliar administrativo, al igual que los demás profesionales, está obligado a cumplir con este cronograma porque es el encargado de recopilar los datos del paciente y de su admisión en el centro sanitario.

2 Objetivos

- Explicar los diferentes efectos que ha tenido el trabajo por turnos en el personal auxiliar administrativo.
- Enumerar de forma breve los beneficios y las desventajas de los horarios y turnos de trabajo en el ámbito de la salud.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se ha consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed y Scielo. También se han consultado diferentes temarios de oposición.

4 Resultados

El auxiliar administrativo que trabaja en la sala de emergencias debe trabajar durante el día, la noche y los fines de semana. También en turnos alternos, uno de los cuales es nocturno.

Hay varios inconvenientes del trabajo por turnos que deben tenerse en cuenta:

- Cambios de humor: Estos acontecimientos también pueden ser provocados por los acontecimientos antes mencionados. Los trastornos del sueño le impiden relajarse con amigos y familiares. La personalidad del empleado podría alterarse, volviéndose posiblemente más irritable y antisocial.
- El trabajo por turnos aumenta el riesgo de obesidad y trastornos metabólicos y

puede exacerbar ambas condiciones. El trabajo por turnos también puede provocar trastornos intestinales.

- Los cambios constantes de turno y los problemas con el ciclo del sueño pueden cambiar nuestra rutina a la hora de dormir. Naturalmente, durante la noche se producirán muchas alteraciones en nuestros patrones de sueño. La vida familiar y la sociedad suelen trabajar de día y descansar por la noche
- Debido a que el turno de noche, como se mencionó anteriormente, representa un cambio considerable en el horario del empleado, se cree que genera "estrés psicosocial". Será más difícil lograr un equilibrio entre la vida familiar y social. La sociedad duerme mientras el trabajador está trabajando, o viceversa. Esto afecta su bienestar psicológico porque los separa de su entorno social. No puede socializar con su familia y amigos durante el tiempo de inactividad. Al igual que los fines de semana, es un momento para que la mayoría de la gente se relaja, pero quienes trabajan en los campos administrativo y sanitario, en particular los que trabajan en hospitales, tienen que trabajar. Esto puede provocar preocupación y descontento.

Establecer períodos de descanso es crucial porque promueven la armonía de los empleados y, lo más importante, detienen el crecimiento del estrés laboral.

5 Discusión-Conclusión

La tarea de reducir la mayoría de estos inconvenientes recae en las respectivas Administraciones con competencias en la materia. Es necesario minimizar cualquier efecto negativo sobre las personas, pero son turnos de trabajo que no se pueden evitar.

Debido a que trabajan principalmente en entornos hospitalarios, los auxiliares administrativos son susceptibles a una serie de condiciones físicas y psicológicas relacionadas con el trabajo nocturno y en general. Pueden ser vulnerables a trastornos del comportamiento, de la alimentación y, naturalmente, del sueño, así como a irregularidades en sus horarios de ocio. Se vuelve muy difícil la conciliación social y dentro de las familias.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/riesgos-laborales-auxiliar-administrativo-sanitario-turnos-nocturno/>.
2. <https://revistamedica.com/trabajo-a-turnos-auxiliares-administrativos-celadores/>.

Capítulo 566

LAS SINTOMATOLOGÍA DEL DESGASTE OCULAR EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DEL ÁMBITO SANITARIO

ESTEFANIA PINTOR GONZALEZ

MARÍA JOSEFA RUBIO GARCÍA

PURIFICACIÓN MOLINA GARRIDO

AZAHARA JÁVEGA PALENCIA

LAURA CABELLO DE LA ROSA

1 Introducción

La luz brillante de los monitores es extremadamente dañina para los ojos. En la sociedad actual, también es crucial el uso de dispositivos electrónicos como los teléfonos inteligentes. Además, estos dispositivos son malos para la vista.

La fatiga ocular se considera una enfermedad laboral o profesional. Numerosos estudios de investigación sobre esta afección la vinculan con el uso prolongado del ordenador. Este tiempo suele ser excesivo, lo que constituye una de las principales causas de la enfermedad.

Los síntomas característicos incluyen enrojecimiento de los ojos, sensación de ardor, vista cansada, ojos llorosos sin motivo aparente y sensación de visión borrosa frecuente.

Estar continuamente atento a la pantalla del ordenador o del teléfono móvil, copiar constantemente información de documentos y mirar demasiada televisión en casa son malos hábitos que pueden aumentar los síntomas.

Tiene sentido realizar exámenes médicos en el servicio de oftalmología para descartar cualquier condición médica subyacente que pueda afectar la visión o causar una visión incorrecta.

El uso de aire acondicionado, la falta de descanso y la mala iluminación del lugar de trabajo son factores adicionales que contribuyen al desarrollo de esta patología.

Los auxiliares administrativos deben utilizar ordenadores y monitores mientras están sentados y desempeñar sus funciones de esta manera mientras están en el trabajo. Al ser herramientas necesarias para el trabajo que realizan, no pueden prescindir de ellas, pero pueden intentar paliar los efectos negativos con programas de formación y prevención en el lugar de trabajo.

2 Objetivos

- Hacer hincapié en la necesidad de seguir pautas para r para intentar reducir los efectos nocivos de la fatiga visual en los auxiliares administrativos que trabajan en el ámbito sanitario.
- Explicar brevemente la sintomatología de este tipo de patología.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se ha consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed y Scielo. También se han consultado diferentes temarios de oposición.

4 Resultados

Debido a que pasan la mayor parte de su jornada laboral frente a ordenadores y sus respectivas pantallas, los auxiliares administrativos tienen que forzar la vista constantemente. El auxiliar tiene que revisar la historia clínica y los datos personales y clínicos del paciente.

La fatiga visual ocupacional, o vista cansada, es una enfermedad común en el ámbito de la salud, en la que nos centraremos.

Una condición que entra dentro de la categoría de fatiga ocupacional o profesional es la llamada fatiga visual, comúnmente conocida como fatiga ocular. Las causas principales de este tipo de enfermedad ocular incluyen la luz artificial, el tiempo prolongado frente a la pantalla y el lugar de trabajo. Los ojos secos son un efecto secundario adicional del uso de aire acondicionado.

Para ayudar a afrontar mejor la situación, hay que hacer descansos, cerrar los ojos cada cierto tiempo.

Es importante disponer el equipo correctamente para evitar daños y empeorar la situación.

A diferencia de otras patologías, no es una enfermedad que ponga en peligro la vida, pero puede afectar significativamente las actividades cotidianas del paciente.

Los síntomas desagradables incluyen sentir que sus ojos están cansados. Aunque se están haciendo esfuerzos para producir equipos que sean menos dañinos, aún queda mucho por hacer.

Hacer descansos regulares durante la jornada laboral, intentar alejar por un tiempo la vista del monitor y realizar otros tipo de actividades diferentes, como charlar un poco con los compañeros.

Los ojos secos se pueden evitar colocando la pantalla a la altura adecuada. Las gotas para los ojos son un tipo de medicamento que puede reducir los síntomas. En los lugares de trabajo, la luz natural se procurará utilizar con más frecuencia que la luz artificial.

5 Discusión-Conclusión

El grupo más afectado por la rápida propagación de esta enfermedad es el de los auxiliares administrativos en el campo médico. Existen numerosos estudios y artículos científicos que indican que la causa principal de los problemas oculares es la luz de las pantallas de los ordenadores.

Aunque aún queda bastante por hacer, se está intentando mejorar los equipos de manera constante para intentar reducir estos efectos no deseados se mejoran constantemente los equipos.

El uso de ordenadores y de dispositivos electrónicos portátiles como teléfonos y tabletas se ha vuelto omnipresente tanto en el trabajo como en la vida personal. Su uso generalizado y excesivo está teniendo un impacto negativo en la visión de las profesionales.

Este problema se puede resolver significativamente estableciendo un espacio de trabajo cómodo y acogedor, con mucha luz natural y suficientes descansos.

6 Bibliografía

- <https://revistamedica.com/personal-no-sanitario-fatiga-ocular/>
<https://revistamedica.com/fatiga-visual-auxiliar-administrativo/>

Capítulo 567

TAREAS QUE REALIZA EL PERSONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA.

CONSUELO ERIBO SAM

1 Introducción

El servicio de sanidad español está compuesto de varios profesionales que se encargan de facilitar a la población y al usuario la mayor calidad de atención y servicio en la medida de lo posible, entre ellos se encuentra también el auxiliar administrativo, que desempeña una función de apoyo a los profesionales sanitarios.

Cuando hablamos del auxiliar administrativo en el sector sanitario, nos referimos a aquella persona que se encarga de gestionar todo lo relacionado con el tema administrativo. Es una figura muy importante en el grupo de trabajo sanitario, porque ayuda a la gestión, organización, desarrollo y coordinación de tareas, ya que posee formación y conocimiento suficientes sobre el departamento en el que trabaja, su labor es complementario junto con el personal sanitario porque se coordinan para llevar a cabo un buen funcionamiento de logística y así poder ofrecer al ciudadano una buena calidad del servicio.

Casi siempre el administrativo es la primera persona, que entra en contacto con el paciente, ya sea presencial o telefónica, le ayuda a solventar sus dudas relacionadas con el tema burocrático, atiende sus quejas, necesidades y trata que el paciente siempre se sienta lo más cómodo posible y mitigar un poco su angustia

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones del auxiliar administrativo en el área de atención primaria.

3 Metodología

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

4 Resultados

En este apartado vamos a desarrollar un poco más detallado las distintas funciones que puede realizar el auxiliar administrativo en el ámbito de atención primaria:

- Gestionar citas para pacientes y control de agendas de los sanitarios (medicina y enfermería): ese trámite lo realiza el administrativo, es el encargado de realizar todo lo relacionado con las citas de manera presencial o telefónica, para la agilidad del servicio el administrativo puede hacer preguntas cerradas al paciente para así poder efectuar una valoración adecuada a la cita evitando así sobrecargar el servicio o demoras innecesarias. También se encarga de abrir y cerrar huecos en las agendas de los sanitarios y la planificación de ello.
- Archivar y registrar documentación: se encarga de archivar toda documentación generada por los sanitarios, desde los Historiales médicos, electros, consentimiento, citas programadas a especialistas hasta el registro de toda la documentación que no es del centro.
- Elaboración y tramitación de documento: en este apartado el administrativo realiza documentación como por ejemplo: la tramitación de una consulta de especialista a otros centros u hospitales, petición de historias clínicas de pacientes que provienen de otras comunidades, petición de ambulancias para pacientes, justificante de asistencia, partes médicos, asignación de médicos a pacientes que provienen de otra comunidad o de países de la unión europea.

- Atención telefónica: los auxiliares administrativos son las primeras personas que se ponen en contacto con el paciente y derivan las llamadas a los sanitarios según el grado de la urgencia, por eso es muy importante tener formación para poder saber atender las llamadas, ya que es la primera vía que tiene el paciente de comunicarse con el médico, a veces depende del tono de la voz o de lo que se dice al paciente se puede llegar a cometer una imprudencia que irremediable de ahí la importancia de la formación al personal.
- Atención presencial: viene a ser más o menos igual el mismo proceso que la atención telefónica, siempre seremos los primeros en tomar contacto con el paciente, en este caso deberemos de ser más amables, comprensivos y empáticos con los pacientes, estamos para resolver todo tipo de dudas relacionado con la burocracia e informar sobre el funcionamiento del servicio

5 Discusión-Conclusión

El conjunto de técnicas y habilidades que tiene el auxiliar administrativo, tanto su simpatía, como su dedicación al detalle de los pacientes, ayuda al buen funcionamiento del sistema sanitario. Todo ello hace que sea una figura muy importante en el equipo de trabajo sanitario, es necesario para todos los temas burocráticos, todos juntos formamos un buen equipo y hacemos todo lo posible que el ciudadano siempre esté bien atendido y satisfecho

En todos los departamentos de la unidad sanitaria, tanto en consultas como fuera de ella, siempre hace falta un administrativo, para que el personal sanitario no tenga que ocuparse de la tramitación y elaboración de informes, así solo pueda dedicarse a las necesidades y atención del paciente

6 Bibliografía

1. <https://www.formacionalcala.com/articulos/113/funciones-del-auxiliar-administrativo-sa>.
2. Estatuto de Personal no Sanitario de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social de 1971.

Capítulo 568

EL PINCHE DE COCINA Y SU FUNCIÓN EN LA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

CRISTINA BERNARTE RUEDAS

MARIA DE ALARCOS BERNARTE RUEDAS

NOELIA BERNARTE RUEDAS

BLANCA DÍAZ ZAMORA

FRANCISCO JAVIER DIAZ PARDO

1 Introducción

Para empezar este capítulo de libro, es importante decir que la alimentación hospitalaria se ha convertido en un factor clave en la recuperación del paciente que se encuentra hospitalizado en un centro sanitario.

Llevar a cabo una buena alimentación forma parte del tratamiento del paciente hospitalizado.

Muchos de los pacientes hospitalizados dependen de la comida que se realiza en los propios centros hospitalarios para poder cubrir sus necesidades nutricionales.

En la gran mayoría de los casos, los menús de los pacientes suelen ser personalizados (dietas).

En la nutrición hospitalaria influyen varios factores y servicios y también es bastante frecuente que se produzcan cambios de última hora en las dietas del paciente.

También hay que destacar la importancia que tiene asegurar al paciente un equilibrio nutricional y una buena calidad higiénico-sanitaria.

En las cocinas de los hospitales los miembros del personal encargados de manipular los alimentos se conocen como pinches y cocineros. Su trabajo es crucial porque la investigación ha relacionado el procesamiento inadecuado de alimentos con la propagación de enfermedades.

Debido a las necesarias precauciones de seguridad e higiene, prevenir que esto ocurra es la forma más eficaz de hacerlo. Para el desempeño de sus funciones en los hospitales, los pinches deben conocer los procedimientos adecuados de preparación y conservación de alimentos y seguirlos.

2 Objetivos

Conocer los diferentes tipos de cocinado de las verduras y hortalizas identificando las características más importantes acerca de su lavado, preparación y cocción.

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 una correcta manipulación de los alimentos, el pinche debe tomar las siguientes precauciones:

- Higiene: lavarnos bien las manos con jabón y agua caliente es lo primero que debemos hacer. Luego debemos secarlos con toallas de papel.

Cualquier herida que tengamos será vendada. Se realizará tanto antes como después de manipular los alimentos. Para evitar que el cabello caiga en la comida, las uñas deben estar cortas y ordenadas. También utilizaremos un gorro para cubrir la cabeza.

- Salud: debido a que los alimentos crudos o poco cocidos contienen bacterias y gérmenes, debemos considerar sus efectos sobre nuestra salud. Se recomienda que los alimentos cocidos y los alimentos crudos se mantengan separados unos de otros.

- Preparar alimentos: todas las herramientas que usaremos para procesar los alimentos deben estar limpias. Para lograr esto, es fundamental que la temperatura alcance los 70 grados para matar los microorganismos patógenos.

Debido a que los microorganismos se multiplican rápidamente a temperaturas entre 10o y 60o, debemos considerar que los alimentos no alcanzan estos rangos.

- Comida fría: si la comida preparada no se va a comer de inmediato, se debe refrigerar y comer dentro de las próximas 24 horas. En cambio, si queremos que la comida dure más, debemos congelarla; la temperatura ideal no es superior a -18o. Los alimentos no deben dejarse a temperatura ambiente, ya que esto fomenta el crecimiento de bacterias.

Debemos tener en cuenta que ningún tipo de insecto debe estar presente en la cocina porque pueden propagar enfermedades. Debemos tener en cuenta que los destinatarios de los alimentos que procesamos son pacientes que presentan diversas patologías, y que cualquier error que cometamos al realizar un procesamiento insuficiente de los alimentos puede repercutir negativamente en su salud.

5 Discusión-Conclusión

Los pinches de cocina juegan un papel fundamental en las cocinas de los hospitales; son responsables de garantizar que se sigan las reglas y que se manipulen los alimentos de forma adecuada.

Debemos tener en cuenta que los destinatarios de los alimentos que procesamos son pacientes que presentan diversas patologías, y que cualquier error que cometamos al realizar un procesamiento insuficiente de los alimentos puede repercutir negativamente en su salud.

Algunas de las precauciones que debemos tomar incluyen usar una higiene personal y de manos adecuada, preparar y cocinar alimentos, enfriar rápidamente los alimentos cocidos, manipular huevos frescos y mantener los insectos fuera de la cocina.

6 Bibliografía

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

Capítulo 569

EL PINCHE DE COCINA Y SU PAPEL EN LAS DIETAS DE PACIENTES ONCOLÓGICOS.

CRISTINA BERNARTE RUEDAS

MARIA DE ALARCOS BERNARTE RUEDAS

NOELIA BERNARTE RUEDAS

BLANCA DÍAZ ZAMORA

FRANCISCO JAVIER DIAZ PARDO

1 Introducción

Para empezar este capítulo de libro, es importante decir que la alimentación hospitalaria se ha convertido en un factor clave en la recuperación del paciente que se encuentra hospitalizado en un centro sanitario.

Llevar a cabo una buena alimentación forma parte del tratamiento del paciente hospitalizado. Muchos de los pacientes hospitalizados dependen de la comida que se realiza en los propios centros hospitalarios para poder cubrir sus necesidades nutricionales. En la gran mayoría de los casos, los menús de los pacientes suelen ser personalizados (dietas).

En la nutrición hospitalaria influyen varios factores y servicios y también es bastante frecuente que se produzcan cambios de última hora en las dietas del paciente. También hay que destacar la importancia que tiene asegurar al paciente un equilibrio nutricional y una buena calidad higiénico-sanitaria.

Hoy en día, una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial sigue siendo el cáncer. Según la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer, hubo 19,1 millones de diagnósticos de cáncer en todo el mundo en 2019. La misma organización (proyecto GLOBO CAN) predijo que en 2020 se diagnosticarían aproximadamente 19,3 millones de casos nuevos en todo el mundo. Sin embargo, es probable que la cantidad real de diagnósticos de cáncer en 2021 haya sido menor debido a cómo la pandemia de Covid-19 ha afectado la cantidad de diagnósticos de cáncer en demasiadas naciones.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo de libro consiste en exponer, desde el papel del pinche de cocina, los requerimientos en cuanto a protocolo de la preparación y actuación en la cocina dirigida a la planta de oncología.

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

Se requieren una serie de protocolos de actuación para cocinar, preparar y reparar todo lo destinado a la dieta de los pacientes oncológicos inmunodeprimidos a consecuencia de tratamientos como la quimioterapia. Esto se hace para garantizar una asepsia completa.

- La persona encargada de preparar y cocinar los alimentos deberá mantener una excelente higiene de manos y brazos, y se le proporcionarán guantes para apoyar esta higiene.
- La vestimenta del profesional de máscara, gorro y bata es trascendental también. Como resultado, evitará que los alimentos del paciente entren en contacto con el uniforme del profesional.

También evitará que el profesional tosa o estornude junto o frente a la comida del paciente, lo que podría propagar bacterias o virus dañinos.

- El experto debe ser siempre el mismo; es decir, no deben estar trabajando en otros proyectos o preparando otros menús mientras estén comprometidos con las dietas del paciente con cáncer.
- Para la elaboración y elaboración de los mismos, el equipo que se vaya a utilizar deberá limpiarse a fondo antes de su uso.
- El espacio o zona de trabajo debe estar siempre impecablemente limpio, desprovisto de microorganismos patógenos que puedan poner en peligro la salud del paciente, y dotado de un área destinada a la manipulación de estos alimentos y materiales.
- El menaje de cocina, bandejas, cubertería y carros utilizados para el transporte y almacenamiento de alimentos en la unidad de oncología deben estar completamente limpios. Es importante que, al trasladarse a la unidad, el pinche de cocina procure manipular lo menos posible y no toque demasiado las bandejas, por prevención y para evitar siempre la contaminación.
- La logística del food truck siempre debe seguir un camino predeterminado; nunca se dedicará a otros servicios y será específico de esta unidad.
- El pinche de cocina debe manipular con extrema precaución las bandejas una vez entregadas para evitar la contaminación mencionada anteriormente. Sería un punto a favor que el pinche, una vez llegado a la unidad se cambie los guantes, asegurando así la asepsia.

5 Discusión-Conclusión

Debido a los tratamientos que reciben, los pacientes con cáncer u oncología tienen sistemas inmunológicos muy débiles. Por ello, el pinche de cocina debe conocer todos los procedimientos asépticos a la hora de manipular, preparar y entregar una dieta para este tipo de pacientes hospitalizados.

Es crucial seguir los protocolos al pie de la letra; de lo contrario, corremos el riesgo de deteriorar la condición clínica del paciente y potencialmente ponerlo en peligro de enfermarse o incluso morir. Si se hace incorrectamente, los resultados podrían ser fatales y causar problemas graves para el paciente, su familia y el personal médico.

Los temas socioeconómicos que podríamos discutir también son una opción. Por todo esto, el pinche de cocina ofrece la seguridad de que todo se hace de acuerdo con los procedimientos adecuados, y en consecuencia, seguridad y tranquilidad

para el paciente que tiene cáncer y está en un tratamiento tan agresivo como la quimioterapia.

6 Bibliografía

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

Capítulo 570

EL PINCHE DE COCINA EN LA COCINA HOSPITALARIA EN CUANTO A LA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE LOS UTENSILIOS DE TRABAJO.

CRISTINA BERNARTE RUEDAS

MARIA DE ALARCOS BERNARTE RUEDAS

NOELIA BERNARTE RUEDAS

BLANCA DÍAZ ZAMORA

FRANCISCO JAVIER DIAZ PARDO

1 Introducción

La limpieza e higiene de los materiales utilizados en la cocina es indispensable para evitar que existan ciertas contaminaciones cruzadas, contaminaciones por microorganismos patógenos y gérmenes, acumulación de grasa, y más factores relacionados con las condiciones de higiene deficientes. La higiene de estos artículos no solo es fundamental para librar al paciente de posibles infecciones, sino, que supone la importancia de que el paciente coma o no coma. Debido a una mala presentación en menaje y bandejas, por ejemplo.

A veces, la contaminación puede provocar en el paciente leves problemas, como un mal estar, o incluso mostrarse asintomático, pero también puede agravar seriamente su situación clínica y basal. Debemos tener siempre en cuenta, de que

los pacientes se encuentran con un nivel bajo de defensas, al menos la mayoría, debido a la enfermedad que le ha llevado al ingreso, por lo que un problema de contaminación, por minúsculo que sea, podría causar una infección y, por lo tanto, un empeoramiento de su salud. La limpieza implica higiene en todos sus sentidos, pero también abarca el concepto de organización y colocación. Algunos de los microorganismos más presentes en las intoxicaciones alimentarias continúan vigentes por nuestra mala praxis en la higienización y limpieza. La función del pinche de cocina, en este caso, resulta de las más importantes.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer cómo se limpian los distintos equipos y utensilios de la cocina hospitalaria basados en las prácticas correctas de higiene.

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 el trabajo de pinche de cocina hospitalaria, también es necesario que se conozca el procedimiento a seguir para la limpieza de los equipos.

- Ollas y rustideras fijas. Se deberán fregar siempre que hayan sido usados. Se utilizará agua y detergente antigrasa y se aclarará con abundante agua. No debemos dejarlas mojadas, por lo que se secarán con papel.
- Módulo de cocina. Está compuesto por las planchas, los fogones, etc. En las planchas se utilizará un producto desengrasante disuelto en agua, aunque, a veces, se necesitará utilizar el producto “puro”, ya que dependerá de la cantidad de grasa que se genere. En este sentido, cabe recordar que hay que extremar las precauciones cuando se use de esta manera. Los fogones se podrán limpiar con agua y jabón o se podrán sumergir en agua con desengrasante facilitando su

limpieza. Aquí podemos englobar las freidoras, porque forman parte del módulo de cocina. Para su limpieza, se deberá de sacar el aceite para después desecharlo o filtrarlo. En primer lugar, se usará desengrasante disuelto en agua o, dependiendo de la suciedad de esta, se use “puro”. Una vez quitada la capa más gruesa de grasa se procederá a fregarla con agua caliente y jabón antigrasa y posteriormente aclarándola con agua limpia. Se dejará completamente seca antes de echar el aceite.

- Timbres. Se utiliza para dejar en frío los alimentos que se van a elaborar inmediatamente o para dejar aquellos que ya se han utilizado y se recomienden dejarlo en él. Dependiendo de la cantidad de alimentos que se almacenen en él, se hará su limpieza.

Será el cocinero el que dé la orden de limpieza o la gobernanta. Se empleará un producto desinfectante o bactericida disuelto en agua, se extenderá con una bayeta y posteriormente se dejará completamente seco.

- Mesas de trabajo. Se limpiarán con agua con jabón antigrasa y se enjuagarán con agua limpia con bactericida.

- Hornos. Estos se limpian con los carros dentro y tendrán un programa de lavado automático, que dependiendo de la suciedad de los mismos, se pondrá un programa u otro. El pinche se encargará de echar el detergente dentro del horno y, cuando finalice el lavado, procederá a eliminar los restos de detergente con una bayeta y a su secado.

- Menaje de cocina. Engloba desde ollas, sartenes, batidoras, etc. hasta los utensilios de cocina, como cazos, espumaderas, etc. Se limpian tantas veces como sean utilizados. Su limpieza se hará con un prelavado con agua y jabón antigrasa y, a continuación, se meterán en el lavavajillas para su correcta desinfección. Los productos que se utilizarán a la hora de limpiar, generalmente, son detergentes sintéticos.

5 Discusión-Conclusión

Extremar la limpieza y la desinfección de los equipos y utensilios en la cocina hospitalaria es muy importante, ya que están en contacto con los alimentos y pueden ser transmisores de contaminantes. La frecuencia con la que se realiza la limpieza y la desinfección es diaria, para dejar todo limpio para el siguiente turno.

Todos los equipos y utensilios se limpiarán tantas veces como sean usados, mientras que lo que no se use a diario, se limpiará y desinfectará antes de usarlo. El pinche se deberá de informar de los productos de limpieza que vaya a utilizar leyéndose las instrucciones de uso para evitar posibles daños que afecten a su salud y a la de sus compañeros. Cuando los manipule, tendrá que usar equipos de protección individual adecuados, por ejemplo, guantes, gafas o mascarilla. En ningún caso, podrá usar envases de bebidas o alimentos para llenarlos de estos productos químicos, siempre se mantendrán en su envase original y utilizará las cantidades que indique el fabricante si no son productos dosificados.

6 Bibliografía

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

Capítulo 571

EL PERSONAL DEL SERVICIO DE LAVANDERIA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y SU PAPEL EN EL TRATAMIENTO DE LA ROPA SUCIA

KAROL FERNANDA TORRES OMEN

MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA

MARIA DOLORES FERNÁNDEZ - LUENGO MUÑOZ

JOSEFA ANDRÉS PARRA

ANDREA CASERO ALBA

1 Introducción

Una parte importante de la ropa que se utiliza en los hospitales es ropa sucia, como lo demuestra la abundancia de pijamas, sábanas y toallas y todos los tejidos utilizados en el hospital, tanto para el personal como para los pacientes.

La ropa especial es una fuente importante de contaminación dentro del hospital. Por ello, es fundamental que el personal de lavandería y planchado reciba formación sobre el manejo y cuidado de la ropa de acuerdo con las normas marcadas por el hospital.

Manipular, recolectar, documentar y almacenar ropa sucia son algunos de los factores que consideraremos.

Con pacientes que padecen patologías infecciosas, enfermedades como el VIH, tendremos especial cuidado a la hora de recoger la ropa sucia del suelo, ropa que tenga esputo, sangre u otros restos biológicos.

Si no se manipula adecuadamente, toda la ropa hospitalaria usada tiene posibilidades de contaminarse e infectar tanto al personal como a los pacientes.

Por cómo se maneja todo el proceso desde la planta, una vez recolectada, hasta que llega a la lavandería y se lava, las infecciones por contaminación en la ropa sucia son raras en la actualidad.

Por lo tanto, se debe tener cuidado al manipular la ropa para reducir la posibilidad de contaminación en todo el complejo hospitalario.

2 Objetivos

Describir cómo se mueve la ropa sucia desde el punto en que sale de un hospital hasta el punto en que llega al servicio de lavandería y conocer las prácticas de seguridad e higiene utilizadas para prevenir infecciones provocadas por la contaminación.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo hemos construido nuestros argumentos utilizando datos de la revista Medical. Hemos utilizado una agenda específica para el personal de lavandería y planchado además de la base de datos de PubMed, también utilizando buscadores de internet con palabras clave.

4 Resultados

El tratamiento de la ropa sucia es una tarea de vital importancia, ya que se debe llevar a cabo un proceso de selección.

Además, deben tener mucho cuidado al cargarlas, asegurándose de que la ropa quede completamente encerrada en las bolsas. El personal que manipule la ropa sucia en la instalación deberá disponer de carritos especialmente preparados para su recogida del vehículo.

Se requiere limpieza periódica de los carritos utilizados por este servicio en instalaciones con pacientes que padecen enfermedades infecciosas y que están siendo tratados de forma aislada.

La ropa deberá estar en bolsas impermeables que se puedan lavar junto con el contenido si es contagioso. Esto ayuda a evitar riesgos innecesarios.

Lo más adecuado sería un sistema que permitiera una clasificación instantánea dentro de los mismos departamentos o áreas donde se recoge la ropa sucia.

La clasificación realizada en sitio permite una mayor eficiencia a menores costos en el servicio de lavandería y planchado.

Además, se requiere una identificación precisa de la bolsa para el funcionamiento adecuado de la bandeja y el servicio de plancha.

-Transporte de ropa sucia.

Algunas instalaciones hospitalarias utilizan tolvas para transportar ropa desde varios pisos o unidades de servicio. En estos casos, la ropa sucia debe sellarse y cerrarse adecuadamente en Bolsas apropiadas y resistentes.

Las tolvas deben ser de un material liso, inoxidable y de fácil limpieza; deben limpiarse frecuente y programadamente con una solución desinfectante aferrándose a la ropa sucia.

Las bolsas de ropa sucia se guardarán en un lugar específicamente habilitado para este fin, bien ventilado de forma natural y con acceso a montacargas o ascensores destinados únicamente a la ropa sucia.

Dado que deben almacenarse el menor tiempo posible, las bolsas, fácilmente reconocibles, se trasladan desde este almacén a la lavandería. Además, solo se permite que la ropa vegetal permanezca dentro de la unidad por un solo día más suaves, como quirófanos y unidades de cuidados intensivos. Habrá al menos dos veces al día para la recogida de ropa sucia.

5 Discusión-Conclusión

El servicio de recolección implica un proceso en el que el personal debe cumplir con estrictas normas de seguridad, evitando transportar la ropa sucia desde la planta, unidad o servicio hasta el almacén y luego a la lavandería.

De esta manera se propaga el contagio.

Se requiere que en los carros utilizados para transportar ropa sucia se incluyan bolsas lavables para que puedan ser identificadas por la ropa que contienen. Estas bolsas deben ser impermeables si la ropa sucia proviene de instalaciones donde hay pacientes con enfermedades infecciosas.

En las salas de pacientes inmunodeprimidos, UCI, etc., la ropa no debe permanecer allí más de un día, al menos dos veces al día, se recogerá la ropa.

Existe un porcentaje mínimo de contaminación a través de este método a pesar

de nuestros mejores esfuerzos para reducir el riesgo de contaminación por enfermedades transmisibles.

6 Bibliografía

- www.revistamedica.com
- www.scielo.org

Capítulo 572

ACTUACIÓN DEL CELADOR CUANDO UN PACIENTE FALLECE

ISABEL MARIA GABALDON MARTÍNEZ

JUAN GIJÓN MERCHAN

JOSEFA ANDRÉS PARRA

CARLOS MARTINEZ CORCOLES

AITOR LISA ALMANSA

1 Introducción

Cuando un paciente muere en un hospital, se utiliza la palabra "exitus". Debido a que alguna vez se usó para anunciar el alta de un paciente del hospital junto con el motivo del alta, su origen latino significa "salida". Exitus lethali era el término utilizado para describir una muerte, pero con el tiempo se abrevió a "exitus".

Los celadores tienen un papel crucial que desempeñar cuando un paciente fallece porque deben acompañar a los familiares sobrevivientes del fallecido, brindarles consuelo y apoyarlos de la mejor manera posible, teniendo siempre en cuenta sus limitaciones.

El profesional médico a cargo del paciente deberá certificar el fallecimiento. Los familiares deben acompañar al cuidador en ese momento, y si tienen alguna pregunta sobre el fallecimiento del familiar, el cuidador nunca les responderá directamente sino que los dirigirá al médico que certificó el fallecimiento.

El celador está a cargo de brindar toda la asistencia necesaria al personal médico (incluidos médicos, enfermeras y asistentes de enfermería), ayudar a llevar el sudario y transportar al difunto a la sala de autopsias.

Primero debe tener presente que es un profesional, que está ahí para ayudar a los demás, que debe ser consciente de sus limitaciones y que debe buscar ayuda siempre que lo considere necesario en beneficio de los demás.

2 Objetivos

-Describir una serie de ideas fundamentales que el cuidador debe comprender para desempeñar eficazmente sus responsabilidades en caso de que un paciente fallezca.

3 Metodología

Se hace una revisión de la literatura. Para preparar este artículo se buscó información en libros científicos y artículos de revistas enumerados en las dos bases de datos principales, Scielo y PubMed Google Académico también. La información requerida para fundamentar las afirmaciones de la obra se ha descubierto a través de una búsqueda científica que se llevó a cabo.

4 Resultados

Para poder desempeñar eficazmente sus funciones en caso de que un paciente fallezca, todo celador debe estar familiarizado con una serie de ideas fundamentales.

-Exitus es la palabra latina que significa "salida". El término más exacto, "exitus letalis", que se utiliza literalmente en medicina, se simplifica con el uso de este término "salida mortal" o, para decirlo más médicamente, "proceso hacia la muerte".

-Tanatorio: lugar de culto donde, de acuerdo con las creencias religiosas de los dolientes, se puede realizar el velorio del difunto.

-Cadáver: cadáver, particularmente el de una persona.

-Tanatopraxia: conjunto de procedimientos utilizados sobre un cadáver, incluyendo el desarrollo y uso de técnicas para su cuidado higiénico, conservación, embalsamamiento, restauración y cuidado estético. también en apoyo de la presentación del cadáver.

-Una autopsia, también conocida como examen post mortem, abducción o necropsia, es un procedimiento médico en el que se obtiene información anatómica sobre la causa, naturaleza, extensión y complicaciones de la enfermedad se obtiene mediante disección.

Para explicar observaciones clínicas ambiguas y evaluar un tratamiento determinado, se debe realizar un diagnóstico médico final o definitivo de una enfermedad que el sujeto padeció en vida. Lo habitual es que lo realice un anatomopatólogo, una especie de médico especialista.

-Cremación o incineración: práctica de deshacerse del cuerpo de una persona fallecida quemándolo, frecuentemente realizada en un lugar conocido como crematorio. La cremación es una alternativa cada vez más popular al entierro.

Popular para los últimos ritos de una persona fallecida.

-Morgue: Lugar donde se transportan los cadáveres entre la morgue y su lugar de descanso final.

El Decreto 2263/1974 de la Policía Sanitaria Mortuoria, de 20 de julio, especifica la metodología y protocolo a seguir en caso de fallecimiento de un paciente.

Dado que el suplente a cargo del paciente será el responsable de esto, el cuidador nunca informará a los familiares del fallecimiento. Por otra parte, el celador está obligado a informar al responsable del fallecimiento del jefe del personal subordinado explicar a la familia en duelo todos los pasos y trámites que deben seguir con la funeraria.

Para el amortajamiento y traslado del cuerpo, el celador trabajará con el personal médico, incluidos enfermeros y auxiliares de enfermería. Será el encargado de llevar al difunto al tanatorio y ayudar en la limpieza del cuerpo. Siempre hará lo que le indiquen sus superiores.

El Estatuto del Personal No Sanitario regula las funciones de la guardia.

A continuación se muestra una lista de los pasos que se deben seguir si un paciente muere.

-Caminar con los familiares fuera de la habitación del difunto y dirigirse a otra habitación. Utilizar una pantalla para dividir el espacio si hay otro paciente presente. Mantener siempre la compostura y esforzarse por tranquilizar a quienes están con él.

-Limpiar el cadáver según las indicaciones de los TCAE.

-Determinar la identidad del cadáver.

-Cubrir el cuerpo con una sábana y, si se puede, trasladarlo por zonas menos concurridas hasta el tanatorio.

-Proporcionar la información del fallecido al jefe de personal subalterno, junto con la ubicación de la cámara frigorífica donde se encuentra retenido.

5 Discusión-Conclusión

Es una situación muy delicada cuando un paciente fallece en el hospital. Para manejar esta situación con integridad y compostura y transmitir paz y comprensión a los familiares durante un momento tan difícil para ellos, el cuidador debe recibir la formación necesaria. Necesita estar preparado para las reacciones de la familia, especialmente cuando la muerte fue inesperada o traumática.

Otras veces, cuando la muerte se produce tras una enfermedad prolongada, es posible que los familiares estén más serenos, pero nunca debemos perder de vista que están pasando por un momento difícil y merecen nuestro respeto.

El celador debe estar disponible para ayudar a los familiares en todo lo que pueda, estando siempre pendiente de sus roles, permaneciendo completamente anónimo con respecto a los detalles de la muerte y, si es necesario, remitiéndolos al médico que estaba tratando al paciente fallecido.

6 Bibliografía

1. Temario Celador del Servicio de Salud de Castilla La Mancha. ADAMS. 2017
2. www.scielo.org

Capítulo 573

ACTUACIÓN DE LOS CELADORES EN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS

ISABEL MARIA GABALDON MARTÍNEZ

AITOR LISA ALMANSA

JUAN GIJÓN MERCHAN

CARLOS MARTINEZ CORCOLES

JOSEFA ANDRÉS PARRA

1 Introducción

Una sala de emergencias en un hospital, también conocida como "departamento de emergencias" o "departamento de emergencias", es una importante instalación médica creada para ofrecer atención inmediata a pacientes que necesitan atención médica urgente debido a lesiones o enfermedades graves. Los siguientes son los componentes principales de una sala de emergencias.

Recepción y Evaluación: Un miembro del personal de recepción realiza una evaluación preliminar en la entrada de la sala de emergencias para determinar la gravedad de la condición del paciente. Los casos más urgentes reciben atención inmediata.

El personal que realiza el triaje asigna a los pacientes a grupos según la urgencia con la que necesitan atención. Los casos menos urgentes se suspenden mientras los pacientes con afecciones graves o potencialmente mortales reciben atención inmediata.

Áreas de Tratamiento: La sala de emergencias se divide en diferentes áreas de tratamiento, las cuales podrían tener camas para pacientes, estaciones de enfermería y espacios de observación. Personal médico: la sala de emergencias cuenta con un grupo multidisciplinario de profesionales de la salud, incluidos médicos, enfermeras, técnicos en radiología y otros especialistas.

En la sala de emergencias hay disponible equipo médico avanzado, incluidos monitores cardíacos, máquinas de rayos X, herramientas de reanimación y medicamentos de emergencia.

2 Objetivos

Describir las responsabilidades y funciones del celador durante una respuesta de emergencia en la sala de urgencias de un hospital.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Utilizando los buscadores indexados de mayor reputación en nuestro idioma y en el idioma inglés, intentamos profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos para esta investigación. Tenemos en nuestra búsqueda inicial depurar fuentes secundarias para posteriormente elegir los artículos necesarios para la investigación científica.

4 Resultados

En la sala de urgencias de un hospital, donde la atención médica es crucial y se requiere una coordinación eficaz, el celador desempeña un papel crucial.

El celador realiza una serie de tareas vitales para garantizar un flujo de trabajo fluido, aunque no esté directamente involucrado en procedimientos médicos líquidos y que los pacientes reciban la atención que necesitan rápidamente:

El traslado de pacientes desde la entrada o ambulancia a las áreas de tratamiento es responsabilidad del celador. En particular, si el paciente se encuentra en una condición delicada o dolorosa, deberá hacerlo con seguridad y con respeto.

Apoyo con la logística de la sala de emergencias: el celador se asegura de que las camas estén listas, los suministros estén disponibles y los espacios estén ordenados y limpios.

Suministros y Equipos: El celador ayuda a entregar los equipos y suministros necesarios para los procedimientos médicos. Esto garantiza que las herramientas que el personal médico necesita para tratar a los pacientes se puedan encontrar fácilmente.

Transporte de muestras y resultados: Puede ser el encargado de trasladar radiografías o muestras de laboratorio de un lugar a otro para asegurarse de que los resultados estén disponibles para el personal médico de inmediato.

Apoyo al personal médico: el celador puede ayudar a mover a los pacientes durante los procedimientos médicos brindándoles apoyo físico y asegurándose de que estén en la posición correcta.

Apoyo a los familiares: puede brindar información básica y seguridad a los familiares de los pacientes, ayudándolos a comprender el procedimiento y brindándoles actualizaciones sobre la condición del paciente.

Seguridad: al impedir la entrada no autorizada y servir como recurso en situaciones potencialmente tensas, el celador ayuda a mantener segura la sala de emergencias.

Trabajar juntos para movilizar a los pacientes que necesitan ser trasladados a habitaciones de internación o unidades de cuidados intensivos, entre otras ubicaciones hospitalarias.

5 Discusión-Conclusión

Mantener una coordinación fluida y una comunicación efectiva con todo el equipo médico es la recomendación fundamental para el funcionamiento eficiente de la sala de emergencias. En este entorno, la eficiencia y la rapidez son primordiales, por lo que es fundamental estar preparado para responder al unísono en caso de una emergencia. Además, a la hora de interactuar, la calma y la empatía son cruciales en momentos de angustia, los pacientes y sus familias. Mantener informadas a las familias y ofrecer apoyo emocional puede mejorar la experiencia del paciente.

Otros factores importantes incluyen la limpieza y la seguridad. Se mantiene el bienestar de todos y se previenen infecciones manteniendo un ambiente limpio y seguro. En conclusión, el funcionamiento exitoso de una sala de emergencias, donde cada segundo cuenta, depende de trabajar en equipo, comunicarse de manera efectiva, mostrar empatía y mantener un ambiente seguro y limpio.

6 Bibliografía

1. García, J. A. R. (2023). Celador Angón, Óscar, Entidades Locales y Libertad
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 574

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL CENTRO DE SALUD DE LA ZONA BÁSICA DE SALUD

ISABEL MARIA GABALDON MARTÍNEZ

AITOR LISA ALMANSA

JUAN GIJÓN MERCHAN

CARLOS MARTINEZ CORCOLES

JOSEFA ANDRÉS PARRA

1 Introducción

Existe la capacidad de que el sistema sanitario esté organizado estructuralmente por cada comunidad autónoma. Dependiendo de la población, dispersión geográfica, ubicación, etc., las áreas de salud suelen realizarlo dentro de la comunidad independiente.

Algunas comunidades utilizarán este método para dividir su mapa sanitario en más o menos áreas.

- Una zona básica de salud es aquella que atiende a una población de entre 5.000 y 25.000 personas.
- Luego, las áreas de salud se dividen en zonas básicas de salud según criterios de población.

- El centro de salud de atención primaria, que normalmente corresponde a un municipio, es el elemento básico de la zona básica de salud. Un municipio puede tener tantos centros de salud de atención primaria como sean necesarios para atender a su población.

Se denomina clínica local cuando este centro médico de atención primaria está situado en un municipio rural o en un centro rural con una población inferior a 5.000 habitantes. Un centro de salud y un consultorio atienden a diferentes poblaciones, por lo que las salas de consulta y otros servicios de los consultorios son más pequeños.

Una o dos consultas médicas, una consulta de pediatría (el pediatra ocasionalmente puede atender dos consultorios locales simultáneamente) y una consulta de enfermería están disponibles en la oficina del vecindario. También están el asistente administrativo y el celador, este último tiene cualidades únicas y distintas que quedarán claras a medida que avance el capítulo.

2 Objetivos

- Describir qué es una clínica de barrio en el ámbito de la atención primaria.
- Dar a conocer las funciones que desempeña el celador destinado en la oficina vecinal del área básica de salud.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda de información en diversas fuentes bibliográficas y científico-sanitarias para asegurar el correcto desarrollo de este trabajo y recopilar la mayor información posible para su finalización. También se ha considerado la lectura de capítulos en diversas revistas científico-técnicas y en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Como ya se mencionó, el celador que trabaja en una clínica de barrio realiza algunas tareas propias del celador y otras distintas a las recogidas en el Estatuto del Personal No Sanitario.

Se podría argumentar que estas tareas "remotas" se superponen con las funciones del asistente administrativo.

Es cierto que en el acuerdo contractual entre el celador y este tipo de prestaciones ya se menciona la frase “celador con funciones administrativas”.

Al inicio de la mañana, el celador abre las puertas de la oficina. Se acerca a una computadora, ingresa sus claves de acceso y comienza a citar tanto a los demandantes telefónicos como a los demandantes que comparecen en persona. También recopila la información de identificación del demandante y programa la cita del día y la hora precisa.

Solo cuando la enfermera necesita que ella sujete a un paciente, en este caso, un niño, extraer sangre para análisis, etc., se interrumpe este trabajo.

El celador también atiende llamadas y solicitudes de las tres consultas en el consultorio, completando la actuación solicitada, trayendo insumos, reponiendo sueros o jeringas, etc.

Así mismo, el celador realiza su propia tarea, que es reabastecer el almacén con el nuevo envío, una vez al mes. Clasifica los productos y coloca el correcto en cada estante. Está a cargo de los medicamentos recetados y otros medicamentos serán conservados por la enfermera.

Debido a que el consultorio no puede estar exento de la figura de la enfermera, el celador acude con el médico al lugar de la notificación en el caso de que se produzca una notificación domiciliaria.

El celador se encarga de cerrar las puertas de la oficina hasta el día siguiente a las tres de la tarde.

5 Discusión-Conclusión

El papel del celador asignado a las clínicas de barrio está desapareciendo rápidamente, ya que es certero decir que las funciones de las organizaciones y sindicatos han pedido reiteradamente que esto suceda.

Los conserjes suelen asumir las funciones de los asistentes administrativos en las oficinas.

El celador también realiza tareas propias de su clase, como colocar el almacén, recibir mercancías, retener a los pacientes y mover material.

Por último, pero no menos importante, cabe señalar que el papel del cuidador en las oficinas locales debe continuar, ya que complementaría la atención al paciente y trabajaría en conjunto con el asistente administrativo para brindar una atención más individualizada y de alta calidad.

6 Bibliografía

1. Mapa sanitario de Castilla la Mancha. Disponible en <https://www.coftoledo.com>.

Capítulo 575

AUXILIAR ADMINISTRATIVO: EFECTOS DE TRABAJAR SENTADOS

CÉSAR PÉREZ ÁLVAREZ

1 Introducción

Los auxiliares administrativos que prestan sus funciones en los centros sanitarios pasan la mayor parte de su jornada laboral sentados. Estar tantas horas, a lo largo de las semanas y del año, equivale a que el auxiliar administrativo presente un nivel de sedentarismo mayor que se acentúa si no se realiza nada de ejercicio físico.

Es muy importante conocer una serie de pautas para evitar problemas futuros de salud derivados del sedentarismo que supone trabajar sentado. Del mismo modo se hace necesario conocer las diversas dolencias que puede causar realizar el trabajo sentado a diario.

La Organización Mundial de la Salud señala que la mayor parte de la población realiza el trabajo sentado, si bien recalca que permanecer todo el día de pie en la jornada laboral tampoco es lo correcto.

Es común escuchar a la gente decir que como el trabajo se realiza sentado, no te cansas, pero esas habladurías no tienen sentido, ya que a veces la silla se convierte en tu peor enemigo y perjudica la actividad laboral del trabajador y del resto del equipo.

Por todo lo expuesto, es necesario permitir que el trabajador realice diversas funciones dentro de su jornada y que no tenga que estar sentado todo el tiempo sin que sus funciones queden sin atender.

2 Objetivos

- Mencionar las dolencias principales de los auxiliares administrativos derivadas de trabajar sentados.
- Indicar como se pueden evitar las dolencias señaladas.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las enfermedades cardiovasculares son uno de los principales problemas derivados de estar mucho tiempo sentado. El hecho de llevar una vida sedentaria supone un aumento de la presión arterial, lo que puede dar lugar a problemas de colesterol, diabetes o más grave aún, insuficiencia cardiaca.

La dolencia que más afecta los auxiliares administrativos por el hecho de trabajar sentados son los problemas lumbares o de cervicales. En esto influye también la postura que se adopta en el trabajo a la hora de sentarse. Muchas veces llega un punto en el que ya no sabes cómo ponerte en la silla, lo cual indica que es el momento de hacer una pausa y dar un pequeño paseo para estirar las piernas y la espalda. Al mismo tiempo se hace necesario que la silla esté adaptada ergonómicamente a nosotros, es decir, ajustada en altura tanto el sillón como los reposabrazos, para así alcanzar a ver bien la pantalla del ordenador, puesto que ello puede acarrear también problemas de visión por forzar la vista.

Una forma de evitar la mayoría de problemas es permitiendo que el auxiliar se tome pequeños “break” o descansos, muy breves, que le permitan levantarse de la silla, por ejemplo, aprovechar un momento para ir a buscar un informe que necesita, o para dar un aviso a alguien. También es beneficioso trabajar en equipo y permitir que los compañeros se turnen en las tareas, que no sea siempre la misma persona la que atiende el teléfono o la que atiende al público, es bueno establecer un horario y que se repartan las tareas y ayuden, por ejemplo durante

dos horas uno coge el teléfono y el otro atiende pacientes in situ, pero luego se cambian y se van alternando con otro compañero.

5 Discusión-Conclusión

La principal conclusión es que si un auxiliar administrativo tiene que realizar su trabajo sentado, es imprescindible que el entorno laboral sea adecuado, que tenga las sillas adecuadas (y que permitan ajustarse en altura), que se proporcionen mesas adecuadas, cascos para los tele operadores y pantallas de ordenador ajustables.

Con todo ello no podremos evitar al 100% algunas lesiones, pero sí podremos mitigarlas. Al mismo tiempo, el trabajador tiene que poner de su parte y realizar ejercicio físico fuera de su jornada laboral para evitar el sedentarismo extra-laboral. Los servicios preventivos podrán impulsar cursos sobre ergonomía para que los trabajadores tengan unas pautas a seguir durante su jornada laboral que les permita evitar el sedentarismo en el trabajo.

6 Bibliografía

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

Capítulo 576

SEGURIDAD EN EL MANEJO DE LA MAQUINARIA DE PLANCHADO

JUANA ELIZABETH VILLALBA

MARIA LUISA HERVAS SANCHEZ

PIEDAD GARCÍA LEON

CARMEN OLMOS PEINADO

SUSANA DÍAZ GARCÍA

1 Introducción

En la zona de área de planchado encontraremos multitud de máquinas o aparatos que el planchador tendrá que utilizar para poder realizar sus funciones de la mejor manera posible. Estas máquinas nos facilitarán mucho la faena diaria de planchado y harán que dicha faena sea más rápida y efectiva con mejores y mayores resultados.

Estas máquinas son fundamentales para el desarrollo diario en esta área, debido a las grandes cantidades de ropa a planchar y para que su tratamiento sea el correcto e idóneo y el resultado final sea el esperado.

Algunos aparatos con los que el planchador tendría que trabajar diariamente serían:

- Mesas de planchado: Contiene sencillas mesas de planchar plegables, junto con una gran variedad de mesas más completas y funcionales.

- Maniquís de planchado: se utilizan para grandes producciones de prendas específicas
 - prensas de planchado: permiten modificar la presión del planchado según la prenda a tratar, con un mayor rendimiento y facilidad de uso para el operario.
 - Generadores de vapor: desde básicos calderines para alimentar una mesa de plancha estándar hasta generadores de vapor capaz de producir más de 50 kg. de vapor a la hora.
 - Accesorios de planchado: desde Planchas, Pistolas y Cepillos Vaporizantes hasta Mesa Plegables con Aspiración.
- Más adelante explicaremos los riesgos que el planchador puede sufrir en los túneles de planchado e instrucciones para su prevención.

2 Objetivos

- Conocer los riesgos que el trabajador podría sufrir en la utilización de máquinas de planchado.
- Exponer las instrucciones para prevenir accidentes en dicha utilización.

3 Metodología

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

4 Resultados

A continuación veremos cuáles podrían ser (entre otros) los riesgos que el planchador podría sufrir en los túneles de planchado y las instrucciones para su prevención:

- Posibles quemaduras mediante vapor, no introducir la mano en el túnel dado que el spray del vapor está colocado justo al otro lado de la entrada.
- Posible riesgo de descargas eléctricas, antes de entrar en el túnel aislar el panel de control, apretar botón paro de emergencia y retener llave.
- Existe riesgo potencial de quemarse al limpiar los serpentines del calefactor, verificar que el suministro de vapor está desconectado y proceder con cautela.

- Y el riesgo más común y más a tener en cuenta debido a que se trabaja a unas altas temperaturas será el de riesgo de incendios, para evitar este riesgo habrá que tener muy claro diversas instrucciones:
 - Nunca hacer funcionar el túnel de planchado por encima de 155 grados cuando se trata de prendas mojadas.
 - No dejar extendida la máquina con prendas todavía en el túnel.
 - Nunca hacer funcionar el túnel a más de 130 grados cuando se trata de prendas de limpieza en seco.
 - Siempre utilizar velocidades de transporte correctas para evitar un sobre secado.
 - Siempre inspeccionar los bolsillos de las prendas para que no queden objetos inflamables en los mismos.
 - Las instrucciones de limpieza han de seguirse cuidadosamente para evitar la formación de pelusas. Ello puede ser un riesgo potencial de incendios. Todo el personal deberá saber donde se encuentra el extintor de incendio más cercano.
 - Si el túnel está equipado con un rociador automático el personal debe saber: Donde se encuentra el botón de control de activación manual.
- Como funciona manualmente la válvula de incendios, debido al no funcionamiento o bien pronta detención del fuego.

5 Discusión-Conclusión

Tan importante es el uso de las máquinas por parte del planchador, como también es conocer los riesgos que tienen los túneles de planchado y conocer las instrucciones para poder prevenir cualquier tipo de accidente.

Según la ley de prevención de riesgos laborales, esta obliga al empresario a adoptar medidas adecuadas a los trabajadores para que estos reciban todas las informaciones necesarias sobre los riesgos para la seguridad y la salud derivados de su actividad, en este caso el área de planchado, así como las medidas y actividades de protección aplicables, para poder evitar cualquier tipo de riesgo o accidente laboral.

6 Bibliografía

1. Manual básico de lavandería hospitalaria.
2. <https://www.lavanderialasanclas.es>.

Capítulo 577

EL PERSONAL DE PLANCHA EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS EN LA BUENA CONSERVACIÓN DE LAS PRENDAS EN EL PLACHADO

JUANA ELIZABETH VILLALBA

MARIA LUISA HERVAS SANCHEZ

PIEDAD GARCÍA LEON

CARMEN OLMOS PEINADO

SUSANA DÍAZ GARCÍA

1 Introducción

El conjunto de servicios que se conocen como "servicios generales" están disponibles en el hospital y soportan actividades fundamentales de apoyo. El acto de planchar se puede caracterizar como una síntesis de varios elementos como el calor, el contenido de humedad del vapor, la presión que se ejerce sobre la ropa y el vacío.

En la restauración hospitalaria se incluyen los equipos de lavado, planchado y lavado de ropa tanto profesional como hospitalaria. Este servicio se refiere a él como la lavandería y están en los centros hospitalarios que es donde están todos. En el vestuario hospitalario se encuentra la Lavandería y lencería. Ropa para hospitales y personal sanitario y no sanitario.

Dentro de las lavanderías industriales se ejecutan las siguientes acciones:

1. recibir ropa.
2. Ordenar y guardar la ropa sucia.
3. Zona de secado.
4. Disponer ropa limpia.
5. Zona doblado y apilado.
6. Embalado.

Para el mantenimiento de uniformes hospitalarios u otras prendas y accesorios es crucial comprender el cuidado preciso que se debe tener con los textiles y cada tejido. Las instrucciones para el cuidado de telas específicas son en general y como siempre se debe revisar la etiqueta de la ropa para saber las pautas para lavar, planchar y cuidar.

2 Objetivos

Conocer y explicar los factores más importantes para realizar un buen planchado y la importancia del planchado de la ropa hospitalaria y principalmente el guardado de la ropa.

3 Metodología

Se realizó una investigación para ayudar con el desarrollo del presente trabajo que consistente en una revisión bibliográfica de la literatura científica ya publicada. He leído artículos y realizado una búsqueda exhaustiva de libros en Pubmed, Medline y Scielo que son las tres principales bases de datos utilizadas para la selección de artículos científicos con información sobre el tema de investigación.

4 Resultados

Discutiremos las funciones que realiza el personal de lavandería del hospital, los componentes de este departamento y cómo manejar cualquier problema que pueda surgir. La descripción adecuada del trabajo de una lavandería de hospital incluye obtener que usar ropa recién lavada es cómodo y ayuda en el cuidado del paciente para el que no es un vehículo y que necesita ser debidamente desinfectado.

En la zona de planchado existen dos tipos diferentes de batas hospitalarias.

1. Acabado de ropa plana: Con la ayuda de un conjunto formado por alimentadores, planchas, plegadoras y apiladores, el acabado de la ropa plana (hojas, insertos, etc.) está totalmente automatizado. El kit de demostración automatiza el proceso y simplifica la colocación de la ropa en la plancha (extendida) mientras usa vapor y rodillos para plancha.

Para satisfacer sus necesidades, puede plegar y apilar hojas y otros artículos pequeños. Con ella puedes empacar una cantidad específica de ropa porque tienes un armario rápidamente.

2. Acabado de ropa moldeada. Gracias a los túneles robotizados de secado y acabado, los pasos de estos procesos están automatizados. Si los hospitales cuentan con los recursos necesarios, se deben utilizar sistemas alternativos tanto a nivel de unidad de gestión como organizacional.

Deben tener en cuenta lo siguiente:.

- El estándar de la ropa.
- Lavado en movimiento. Cuente el número teórico de lavados que cada prenda debe ser aceptada.
- Calcular la probabilidad de lesión o pérdida y controlados.

El experto en ropa hospitalaria repone el consumo diario de cada UGC. Habitualmente, el departamento de lavandería y la unidad hospitalaria concreta acuerdan una reposición diaria de una determinada cantidad.

Se almacena una cantidad similar de ropa limpia cuando UGC comienza a funcionar por primera vez.

5 Discusión-Conclusión

La descripción adecuada del trabajo de una lavandería de hospital incluye obtener que usar ropa recién lavada es cómodo y ayuda en el cuidado del paciente para el que no es un vehículo y que necesita ser debidamente desinfectado.

El acto de planchar se puede caracterizar como una síntesis de varios elementos como el calor, el contenido de humedad del vapor, la presión que se ejerce sobre la ropa y el vacío.

La calidad de la voluntad dependerá de qué tan bien se combinen estos factores en el planchado. Estos elementos serán completamente conocidos por el planchador/a, quien podrá mencionarlos en la práctica en cada una de sus tareas en el taller de planchado.

6 Bibliografía

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

Capítulo 578

REPOSICIÓN DE PRENDAS EN EL DEPARTAMENTO DE PLANCHADO DE UN HOSPITAL

JUANA ELIZABETH VILLALBA

MARIA LUISA HERVAS SANCHEZ

PIEDAD GARCÍA LEON

CARMEN OLMOS PEINADO

SUSANA DÍAZ GARCÍA

1 Introducción

El servicio de planchado en un hospital cumple un rol esencial al proporcionar ropa limpia, cómoda y bien planchada a los pacientes. Para lograrlo de manera eficiente, es fundamental establecer un sistema de dotación y reposición de prendas que asegure un flujo constante de ropa de calidad en el área de planchado. Este sistema tiene un impacto directo en la comodidad de los pacientes y es crucial para gestionar de manera efectiva los recursos hospitalarios.

La importancia del sistema de dotación y reposición incluye garantizar la disponibilidad de ropa limpia, minimizar interrupciones en el servicio, optimizar el uso de recursos y mantener altos estándares de calidad en la presentación de la ropa hospitalaria.

Los componentes clave del sistema abarcan la determinación de dotaciones iniciales basadas en el tamaño del hospital y las necesidades específicas, la implementación de un programa de reposición planificado considerando la calidad de las prendas y la gestión de la calidad para asegurar que las prendas cumplan con los estándares requeridos.

En conclusión, el sistema de dotación y reposición de ropa en el servicio de planchado de un hospital desempeña un papel crucial en la atención al paciente y la gestión de recursos. Su implementación eficiente no solo beneficia a los pacientes, sino que también contribuye a la eficacia general de la operación hospitalaria. Por lo tanto, su monitoreo y ajuste continuo son esenciales para garantizar su éxito a lo largo del tiempo.

2 Objetivos

Exponer la importancia de la reposición de prendas en el departamento de planchado del centro hospitalario.

3 Metodología

Para llevar a cabo este trabajo, se llevó a cabo una exhaustiva revisión de la literatura, que incluyó la exploración de artículos clínicos, estudios poblacionales y libros en bases de datos científicas reconocidas como PubMed y Medline. Esta revisión se realizó en dos idiomas: español e inglés.

Para alcanzar los objetivos propuestos, se implementaron diversas etapas de investigación. En primer lugar, se llevó a cabo una revisión documental, en la cual se recopilaron y examinaron documentos internos relacionados con el sistema de suministro y reposición de prendas en el departamento de planchado del hospital. Además de la revisión documental, se realizaron entrevistas con el personal del departamento de planchado que está a cargo de la gestión de suministros y reposición. Estas entrevistas proporcionaron información directa sobre los procedimientos existentes y los desafíos que se enfrentan en este contexto.

Finalmente, se llevó a cabo un análisis de datos que involucró la evaluación de información histórica relacionada con la cantidad de prendas suministradas, la frecuencia de reposición y los costos asociados a estas operaciones. Este análisis permitió obtener una comprensión más profunda de la dinámica de suministro y reposición en el departamento de planchado del hospital.

4 Resultados

El objetivo esencial radica en alcanzar niveles excepcionales de calidad y eficiencia en la gestión de la ropa hospitalaria mediante la aplicación de un conjunto de reglas y medidas organizativas específicas destinadas a la rotación de las prendas. Esto no solo implica garantizar que las prendas estén disponibles en cantidad adecuada en todo momento, sino que también resalta la importancia de mantener una estrecha correlación entre la dotación de ropa y las cambiantes demandas del entorno hospitalario.

Lograr una calidad óptima y una eficiencia sobresaliente en la gestión de la ropa en un entorno hospitalario es un objetivo crítico para asegurar tanto la satisfacción del paciente como el funcionamiento sin problemas de las operaciones del hospital. Para alcanzar este estándar elevado, es esencial implementar un conjunto de directrices y estrategias específicas que se centren en la rotación de la ropa.

La idea fundamental es que, en todo momento, haya suficiente ropa disponible para satisfacer las necesidades de los pacientes y del personal médico. Esto significa que no solo se debe contar con una dotación inicial adecuada, sino que también es crucial establecer mecanismos efectivos de reposición y rotación de la ropa. Además, es necesario que estas acciones se ajusten a las demandas cambiantes del hospital, ya que estas pueden variar en función de factores como la estacionalidad, el aumento de la ocupación o eventos inesperados.

La eficiencia en la gestión de la ropa no solo implica tener la cantidad adecuada de prendas, sino también garantizar que estén en buenas condiciones y que se mantengan limpias y listas para su uso en todo momento. Esto no solo mejora la experiencia del paciente al recibir ropa limpia y cómoda, sino que también contribuye a mantener los estándares de higiene y calidad que son cruciales en un entorno hospitalario.

En resumen, alcanzar un alto estándar de calidad y eficiencia en la gestión de la ropa hospitalaria va más allá de tener un suministro adecuado de prendas.

Implica una planificación estratégica, una implementación efectiva de reglas de rotación y la adaptación continua a las necesidades cambiantes del hospital. Esta atención meticulosa a la gestión de la ropa es esencial para garantizar la atención de calidad y el bienestar de los pacientes.

En el ámbito del servicio de plancha hospitalario, cuando procesamos cualquier prenda, se inicia un proceso de desgaste que puede atribuirse a diversas causas. Entre ellas, destacan el constante lavado, el uso continuo en entornos asistenciales, la exposición a manchas, la acción de antisépticos y fármacos, prácticas

de manipulación inapropiadas e incluso posibles incidentes como cortes o rasgaduras, así como el lamentable robo ocasional. Este ciclo de empleo y sustitución de prendas se denomina "reposición", y su gestión demanda una atención cuidadosa en múltiples aspectos.

Uno de los elementos cruciales en este contexto es la necesidad de establecer normativas, procedimientos y prácticas que promuevan la eficiencia y calidad en la gestión de la ropa. Esto engloba tanto políticas relacionadas con la reposición y control de las prendas como la adquisición de nuevas cuando sea necesario.

Asimismo, es fundamental abordar estrategias de prevención para evitar el robo y llevar a cabo reparaciones que mantengan las prendas en condiciones adecuadas para su uso.

Para lograr un funcionamiento óptimo del servicio de plancha hospitalario, es imperativo eliminar cualquier factor que pueda obstaculizar su correcta ejecución. Esto implica una planificación detallada, una conceptualización precisa y la elección adecuada de la maquinaria utilizada en el proceso de planchado. El objetivo último de este proceso es transformar la ropa, que en muchos casos llega con suciedad y posibles contaminantes, en prendas impecables que no solo estén libres de infecciones, sino que también sean cómodas y reconfortantes para los pacientes.

La importancia de este proceso radica en la prevención de la propagación de microorganismos patógenos a través de la ropa, lo que podría poner en peligro la salud de los pacientes. Por lo tanto, es crucial diseñar procedimientos adecuados que abarquen desde la recepción de la ropa hasta su procesamiento y entrega. El objetivo principal es garantizar que las prendas sean bacteriológicamente limpias y seguras para su uso en la atención al paciente, a través de sistemas de higiene textil efectivos.

Es fundamental destacar que, si no se implementan medidas higiénicas rigurosas y precauciones adecuadas para evitar la posible recontaminación antes de que la ropa vuelva a estar en contacto con los pacientes, no se cumplirá con el objetivo esencial de los procesos de planchado y tratamiento. Para lograrlo, es necesario establecer un conjunto estructurado de acciones que defina claramente cómo llevar a cabo la higiene textil de manera efectiva. Además, se debe garantizar la comodidad tanto de los pacientes que usan estas prendas como del personal que las manipula, sin que las propiedades naturales de la ropa se vean afectadas por el proceso de planchado.

En muchas ocasiones, los procesos de planchado y tratamiento de la ropa, junto con el uso de productos químicos y calor, pueden tener consecuencias en la calidad y comodidad de las prendas, lo que podría causar molestias tanto a los pa-

cientes como al personal de salud. Por lo tanto, es esencial minimizar al máximo estas circunstancias mediante un proceso de planchado meticuloso en el que se utilicen métodos y productos adecuados que no afecten negativamente las fibras textiles y eviten la formación de incrustaciones, especialmente después de la fase de planchado.

Uno de los desafíos recurrentes en el servicio de plancha hospitalario es gestionar la carga de trabajo de manera eficiente. Para abordar este desafío, se debe tener en cuenta que el servicio suele operar en un horario limitado. Por ejemplo, podría funcionar durante cinco días a la semana, con dos turnos al día de lunes a viernes y un turno los sábados. En este contexto, cada hospital que utilice el servicio debe contar con un inventario adecuado de cada tipo de prenda, teniendo en cuenta que las sábanas se cuentan como dos unidades por cama.

Este inventario de prendas permite una rotación adecuada, asegurando que cada prenda se utilice de manera equitativa y que esté disponible cuando sea necesario. Para determinar la cantidad de prendas requeridas, es necesario evaluar las áreas de consumo en el hospital y el uso diario de cada tipo de prenda en estas áreas. La suma de los consumos diarios define la cantidad necesaria de cada prenda. Si el hospital ya está en funcionamiento, se debe contar el número de unidades de cada prenda y complementar la diferencia con la cantidad calculada para asegurar un inventario suficiente. Posteriormente, se establece un sistema de reposición tanto a nivel de cada unidad como para el hospital en su conjunto.

En este proceso de reposición, se deben considerar factores como la calidad de la ropa, el número teórico de lavados o planchados que puede soportar cada prenda y una estimación de las pérdidas o bajas no controladas, como prendas que desaparecen con los cadáveres o que se dañan debido a diferentes motivos. También es fundamental tener en cuenta que algunas prendas pueden experimentar un mayor desgaste que otras, como los pantalones de los pijamas en comparación con las chaquetas. Con todas estas consideraciones, se puede calcular el tiempo real de duración de cada prenda y garantizar un suministro eficiente y constante. En resumen, aplicar estos principios y prácticas en el servicio de plancha hospitalario es esencial para garantizar que las prendas estén limpias, cómodas y seguras para su uso en la atención al paciente, al tiempo que se gestiona eficazmente la reposición y el mantenimiento del inventario de ropa. Esto contribuye a una atención médica de alta calidad y a una gestión eficiente de los recursos del hospital.

5 Discusión-Conclusión

En el contexto del Servicio de Plancha Hospitalario, los procesos tanto de reposición como de planchado de textiles son fundamentales para garantizar un suministro eficiente y de calidad de la ropa hospitalaria. Estos procesos comparten varias características esenciales:

- **Procesos Diferenciados:** En el ámbito del Servicio de Plancha Hospitalario, tanto la reposición de prendas como el planchado son procesos claramente definidos y diferenciados. Cada uno tiene sus propias etapas y requisitos específicos.
 - **Necesidad de Ambos:** Ambos procesos son igualmente necesarios para asegurar que el hospital cuente con un suministro adecuado de ropa limpia y planchada para satisfacer las demandas de sus pacientes y personal médico.
 - **Complementariedad:** Estos procesos son complementarios entre sí dentro del servicio de plancha. La reposición garantiza que haya suficientes prendas disponibles para su posterior planchado y uso.
 - **Ajuste de Dotaciones:** Es esencial mantener las dotaciones ajustadas y actualizadas durante el proceso de reposición. Esto implica controlar diversos imprevistos, como la pérdida de prendas, roturas, cambios en la calidad de los tejidos y otras contingencias que puedan surgir.
 - **Optimización y Eficiencia:** La finalidad última de ambos procesos es optimizar y maximizar el servicio en términos de productividad, seguridad laboral, satisfacción del paciente y ahorro de costes. Esto se logra mediante una gestión eficiente de los recursos y una coordinación adecuada entre la reposición y el planchado.
- En resumen, en el Servicio de Plancha Hospitalario, tanto la reposición de prendas como el proceso de planchado son esenciales y se complementan mutuamente para garantizar un suministro continuo de ropa limpia y planchada de alta calidad. La gestión adecuada de las dotaciones y la optimización de estos procesos son fundamentales para lograr un servicio eficiente y satisfactorio tanto para el personal del hospital como para los pacientes.

6 Bibliografía

- T. Bartolomeu. "Identificación y evaluación de factores de calidad en la lavandería hospitalaria UFSC". Brasil 1998.
- C. Sánchez Ortiz. "Análisis del puesto de trabajo de discriminación de textiles en una lavandería hospitalaria".

Capítulo 579

RIESGOS ERGONÓMICOS QUE PUEDE SUFRIR EL TELEFONISTA QUE TRABAJA EN EL SISTEMA SANITARIO

MARI CARMEN GONZALEZ RUIZ

MARIA DEL CARMEN ALONSO ROMERO

MAGDALENA SALAZAR CANO

1 Introducción

El personal telefonista que pertenece al ámbito sanitario pasa la mayor parte de su jornada laboral sentado frente a aparatos electrónicos , ye sea ordenadores y computadoras como teléfonos , tablets , impresoras etc.. y realizando prácticamente las mismas tareas continuamente , normalmente en turnos de mañana , tarde y noche .

Este trabajo desarrollado por este personal es considerado como muy poco peligroso , pero a pesar de ello , el telefonista no esta exento de poder sufrir riesgos relacionados con su trabajo.

Debido a la utilización de diversos aparatos electrónicos así como debido a las posturas en la silla y su sedentarismo, el telefonista estará expuesto a accidentes con los aparatos utilizados a posturas prolongadas e inadecuadas, a accidentes en el entorno de trabajo, etc.

Por ello en este trabajo de investigación vamos a tratar el tema en concreto de la ergonomía del telefonista en su puesto de trabajo , hablaremos en que consiste la ergonomía , que medidas debería conocer el telefonista para prevenir posibles

lesiones o riesgos , así como cual podría llegar a ser el alcance de dichas lesiones tanto físicas como psíquicas que podrían afectar a este personal . Por todo ello, el telefonista de la sanidad debe llevar a cabo una correcta ergonomía en su puesto de trabajo.

2 Objetivos

Conocer los riesgos ergonómicos que puede sufrir el telefonista que trabaja en el sistema sanitario.

3 Metodología

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

4 Resultados

La ergonomía se encarga de estudiar y diseñar los equipos e instrumentos que mejor se adaptan al cuerpo humano y a su movimiento.

La ergonomía será fundamental en cualquier ámbito laboral , por lo que en este en concreto el de telefonista de ámbito sanitario no será menos , los elementos del puesto de trabajo de este persona (sillas, mesas, pantalla, etc.) no siempre están en las mejores condiciones de confortabilidad hacia el trabajador. Unas condiciones no confortables obligan al telefonista a adoptar posturas forzadas e inadecuadas, lo que generara una enorme sobrecarga muscular de manera prolongada, pudiendo así poder sufrir algún tipo de lesión o accidente .

Es evidente y esta demostrado y reflejado que este personal a lo largo de su carrera profesional sufre molestias en mayor medida en la parte superior del cuerpo, incluyendo espalda, cuello, hombros, cabeza incluso manos, estando esta profesión muy por encima en cuanto a estas molestias, del resto de profesiones laborales.

El telefonista a pesar de los problemas ergonómicos también estará expuesto a otro tipos de problemas como podrían ser los de una excesiva carga de trabajo, riesgos psicosociales, fatiga visual, estrés laboral, etc. no menos importantes y

que también deben de prevenirse pues afectarán de igual manera negativa tanto física como psíquicamente.

Pero centrándonos en los riesgos ergonómicos podríamos conocer algunas medidas preventivas para evitarlos en el puesto de trabajo del telefonista:

- diseñar un adecuado lugar de trabajo. El lugar de trabajo debería permitir espacio suficiente para trabajar y moverse cómodamente.
- revisar el mobiliario utilizado por el telefonista. Sería muy importante adaptarlo a sus funciones y a sus tareas laborales.
- arreglar, limpiar, corregir o avisar al personal pertinente de desperfectos en el mobiliario para su utilización.
- realizar pausas en el trabajo, incluso andar y moverse en dichos descansos.
- mantenerse hidratado.
- intentar llevar una vida saludable así como practicar algún ejercicio siempre beneficiará a la salud del telefonista.

5 Discusión-Conclusión

Tras realizar nuestro trabajo de investigación podemos decir que este personal está muy expuesto a poder sufrir riesgos ergonómicos debido a la gran cantidad de horas que pasara sentado en una silla y frente a una pantalla. La escasez de movimientos en su trabajo y mantener la misma postura tanto tiempo no será recomendable para su salud.

Por ello será responsabilidad del centro sanitario donde trabaje este personal que el mobiliario se encuentre en perfectas condiciones para el desarrollo de tareas así como el de los aparatos electrónicos que utilicen.

El personal telefonista ante todo deberá mirar por su salud y tomar medidas para poder prevenir riesgos en su trabajo.

6 Bibliografía

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

Capítulo 580

TRABAJO SOCIAL Y MÉTODOS DE ACTUACIÓN EN EL CUIDADO DE PERSONAS DEPENDIENTES DE LARGA DURACIÓN

MARIA ISABEL SERRANO JIMENEZ

GLORIA MARTINEZ ASIN

1 Introducción

El cuidado de personas dependientes de larga duración representa un desafío cada vez mayor en la sociedad actual. A medida que la población envejece y las necesidades de atención a largo plazo se hacen más prominentes, la labor de los profesionales del trabajo social se vuelve crucial para proporcionar apoyo a estas personas y a sus familias. El objetivo de esta investigación es profundizar en el conocimiento de las actividades y roles desempeñados por los profesionales del trabajo social en el ámbito de la atención a largo plazo.

En el contexto actual, la atención a largo plazo abarca una amplia gama de situaciones, desde el cuidado de personas mayores que necesitan asistencia en la vida diaria hasta la atención de individuos con discapacidades crónicas. Los profesionales del trabajo social desempeñan un papel integral al evaluar las necesidades individuales, proporcionar apoyo emocional y coordinar los servicios necesarios. Su enfoque holístico considera no solo las necesidades físicas, sino también las emocionales y sociales de las personas dependientes.

Las actividades de los trabajadores sociales en la atención a largo plazo incluyen la evaluación de las capacidades y limitaciones de los individuos, la planificación

de cuidados a medida, la asistencia en la navegación de sistemas de atención médica y servicios sociales, y la promoción del bienestar emocional de las personas y sus familias. Además, desempeñan un papel esencial en la defensa de los derechos de las personas dependientes y en la facilitación de la comunicación entre los diversos actores involucrados en la atención a largo plazo, como médicos, cuidadores y familiares.

La investigación en este campo es crucial para comprender a fondo el trabajo de los profesionales del trabajo social en la atención a largo plazo y para identificar áreas donde se pueden mejorar los servicios. Se espera que los resultados de esta investigación contribuyan a fortalecer la calidad de atención proporcionada a las personas dependientes y sus familias, garantizando una atención más eficiente y centrada en las necesidades individuales. En un contexto en constante evolución, el trabajo social desempeña un papel vital en la construcción de una sociedad más inclusiva y compasiva para las personas que requieren atención a largo plazo.

2 Objetivos

Conocer los métodos de actuación del trabajo social en el cuidado de personas dependientes de larga duración.

3 Metodología

La información recopilada para este estudio se basa en una revisión bibliográfica de la literatura existente y referencias a fuentes académicas, informes gubernamentales y estudios de casos. Se ha creado una síntesis de diferentes métodos de comportamiento utilizados por los trabajadores sociales y otras organizaciones involucradas en el cuidado de personas dependientes de larga duración.

4 Resultados

La planificación centrada en la persona es un enfoque fundamental en el trabajo social que se basa en reconocer y atender las necesidades y deseos individuales de la persona dependiente. En este enfoque, los trabajadores sociales colaboran estrechamente con las personas que necesitan atención y sus familias para desarrollar planes de atención individualizados que promuevan la autonomía y mejoren la calidad de vida. Esto significa que la atención se adapta a las preferencias y

valores específicos de cada individuo, reconociendo que no hay una talla única que sirva para todos.

La atención integrada es otro componente esencial en la atención a largo plazo. Implica la coordinación de servicios y la colaboración entre diversos profesionales de la salud, incluyendo médicos, trabajadores sociales y otros proveedores de atención. La comunicación efectiva entre estos actores garantiza que la atención sea continua y que se aborden de manera integral las necesidades médicas, emocionales y sociales de la persona dependiente.

La atención a domicilio es un aspecto importante de la atención a largo plazo. Brindar atención en el entorno familiar del destinatario de la atención a menudo mejora la comodidad y la calidad de vida. Los trabajadores sociales desempeñan un papel clave en la coordinación y gestión de los servicios de atención domiciliaria, asegurándose de que las necesidades del paciente se aborden de manera efectiva en su hogar.

Además de centrarse en la persona dependiente, este enfoque también se extiende a los cuidadores familiares. Los familiares y seres queridos que brindan cuidados a largo plazo desempeñan un papel vital en el bienestar de la persona dependiente. Los trabajadores sociales ofrecen apoyo a los cuidadores familiares, que incluye capacitación, orientación y la provisión de descanso necesario para el personal de enfermería. Esto ayuda a aliviar la carga emocional y física que a menudo recae sobre los cuidadores.

La evaluación y el ajuste continuo son prácticas fundamentales en la atención a largo plazo. Las necesidades de la persona dependiente pueden cambiar con el tiempo debido a diversas circunstancias, como la progresión de una enfermedad o cambios en su situación personal. Los trabajadores sociales se encargan de evaluar periódicamente las necesidades de la persona dependiente y ajustar el plan de atención en consecuencia. Este proceso garantiza que la atención sea efectiva y satisfactoria a medida que evolucionan las circunstancias.

5 Discusión-Conclusión

La planificación centrada en la persona, la atención integrada y la atención domiciliaria son estrategias efectivas para lograr los objetivos. La planificación centrada en la persona asegura que los planes de atención se desarrollen en consulta con la persona dependiente, considerando sus deseos y valores. La atención integrada, por otro lado, garantiza una atención holística al coordinar la colabo-

ración entre profesionales de la salud y trabajadores sociales, lo que mejora la eficiencia de los servicios.

El apoyo y la formación de cuidadores familiares también son esenciales para mantener la sostenibilidad de los cuidados a largo plazo. Los cuidadores desempeñan un papel crucial en la atención a largo plazo y brindarles capacitación y apoyo contribuye a aliviar la carga emocional y física que conlleva esta labor. Esto asegura una atención de alta calidad y una mejor calidad de vida para las personas dependientes.

En resumen, el trabajo social y los métodos conductuales destacados en este estudio ofrecen un enfoque integral y centrado en la persona para la atención a largo plazo. Estos enfoques no solo mejoran la calidad de vida de las personas dependientes, sino que también alivian la carga de los cuidadores y garantizan una atención sostenible y eficiente.

6 Bibliografía

1. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/57030/TFG-G5739.pdf?sequence=1>.

Capítulo 581

EUTANASIA Y TRABAJO SOCIAL

MARIA ISABEL SERRANO JIMENEZ

GLORIA MARTINEZ ASIN

1 Introducción

La eutanasia, definida como el acto de poner fin a la vida de una persona que padece una enfermedad terminal o que experimenta un dolor insoportable, generalmente en concordancia con los deseos del paciente, es un tema que suscita un profundo debate ético y moral. En este contexto, el trabajo social enfrenta importantes desafíos éticos que requieren una consideración cuidadosa y una toma de decisiones equilibrada.

Uno de los desafíos éticos clave que enfrentan los trabajadores sociales en relación con la eutanasia es la cuestión de la autonomía del paciente. El respeto a la autonomía es un principio fundamental en la ética médica y en la prestación de atención de salud en general. Los trabajadores sociales deben equilibrar el respeto a la autonomía del paciente con la necesidad de garantizar que la decisión de recurrir a la eutanasia sea informada y voluntaria. Esto implica garantizar que el paciente esté debidamente informado sobre todas las opciones disponibles y que la decisión no esté siendo influenciada por presiones externas.

Además, los trabajadores sociales también se enfrentan a cuestiones éticas relacionadas con sus propias creencias y valores personales. La eutanasia es un tema profundamente arraigado en creencias religiosas, filosóficas y morales, y los trabajadores sociales pueden encontrarse en situaciones en las que sus valores personales entren en conflicto con las decisiones de los pacientes. En tales casos, es

esencial que los trabajadores sociales manejen estos conflictos de manera ética, respetando la autonomía del paciente y buscando el apoyo de supervisores y colegas cuando sea necesario.

El trabajo social también desempeña un papel crucial en la evaluación de los factores psicosociales y familiares que pueden influir en la decisión del paciente sobre la eutanasia. Esto implica comprender la dinámica familiar, el apoyo social disponible y las preocupaciones emocionales y psicológicas del paciente. Los trabajadores sociales deben equilibrar la promoción del bienestar del paciente con la necesidad de abordar posibles factores de vulnerabilidad que podrían influir en la decisión.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo es profundizar en el papel que el Trabajo Social desempeña en el proceso de eutanasia, desde una perspectiva ética y legal.

3 Metodología

La información recopilada para este estudio se basa en una revisión exhaustiva de numerosos estudios académicos y literatura especializada sobre la eutanasia, incluyendo argumentos a favor y en contra, así como enfoques éticos y legales. Se han revisado casos reales de eutanasia y las decisiones que involucraron a trabajadores sociales, lo que proporciona una visión práctica de la interacción entre el trabajo social y la eutanasia.

4 Resultados

Uno de los aspectos más desafiantes en el trabajo social, en el contexto de la eutanasia, es lidiar con las diversas perspectivas éticas en juego. El trabajo social se encuentra en el punto de encuentro de visiones éticas divergentes. Por un lado, algunos expertos defienden el principio de autonomía del paciente, que resalta la importancia de permitir que las personas tomen decisiones informadas sobre su propia vida y muerte. Además, consideran la reducción del sufrimiento como un principio fundamental que respalda la opción de la eutanasia en casos de dolor insostenible. Por otro lado, existen perspectivas que argumentan que la vida debe protegerse en todo momento y que la eutanasia no es ética bajo ninguna cir-

cunstancia. Los trabajadores sociales deben equilibrar estas perspectivas éticas y ayudar a los pacientes y sus familias a navegar a través de ellas.

El trabajo social desempeña un papel esencial en el apoyo a las personas en la toma de decisiones relacionadas con la eutanasia. Esto incluye proporcionar información objetiva, orientación ética y apoyo emocional para ayudar a las personas a tomar decisiones informadas que se alineen con sus valores y creencias personales. El proceso de toma de decisiones es un momento crítico y delicado en la vida de un paciente, y el trabajo social se encarga de proporcionar el apoyo necesario para que esta decisión sea reflexiva y bien fundamentada.

Otro aspecto fundamental del trabajo social en el contexto de la eutanasia es el apoyo en el duelo. Después de que se toma la decisión de recurrir a la eutanasia y se lleva a cabo, las familias y los seres queridos pueden experimentar un proceso de duelo complejo. El trabajo social se enfoca en brindar servicios de asesoramiento y grupos de apoyo que ayudan a las personas a sobrellevar sus emociones y a encontrar formas de lidiar con la pérdida.

Finalmente, los trabajadores sociales deben asegurarse de que todas las decisiones relacionadas con la eutanasia se tomen de manera legal y ética. Esto implica cumplir con las leyes y códigos de ética profesional locales. Garantizar que el proceso sea legal y ético es esencial para mantener la integridad del trabajo social y para proteger los derechos y la seguridad de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

La relación entre el trabajo social y la eutanasia es intrincada y plantea desafíos éticos significativos. Los resultados de este estudio subrayan la necesidad de abordar la eutanasia con un enfoque centrado en el respeto a la autonomía del paciente, la reducción del sufrimiento y el cumplimiento de estándares legales y éticos. Los trabajadores sociales desempeñan un papel crucial al proporcionar apoyo a los pacientes y sus familias en la toma de decisiones relacionadas con la eutanasia, ofreciendo información, orientación y apoyo emocional. Además, el proceso de duelo posterior a la eutanasia requiere apoyo continuo. Este enfoque garantiza que las decisiones se tomen de manera reflexiva y ética y que se atienda adecuadamente el bienestar emocional de todas las partes involucradas.

6 Bibliografía

1. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/57059/TFG-G5752.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
2. <https://www.asociacionbioetica.com/uploads/files/82.pdf>.

Capítulo 582

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA DIVERSIDAD CULTURAL EN LOS CENTROS SANITARIOS.

MARTA SANTANA GIL

VANESA RODRÍGUEZ ELENA

MARISA HIGUERUELA MARTINEZ

MARÍA ISABEL PALOMO DURÁN

LARA PUÑAL RODRIGUEZ

1 Introducción

La diversidad cultural es un elemento fundamental en el ámbito sanitario, y su comprensión y aprecio son esenciales para cualquier auxiliar administrativo. En un mundo cada vez más globalizado, los entornos de atención médica a menudo se convierten en microcosmos de la diversidad cultural. Pacientes de diferentes orígenes étnicos, religiones y tradiciones llegan a los hospitales y clínicas en busca de atención, y es responsabilidad del auxiliar administrativo garantizar que se sientan bienvenidos y comprendidos.

La riqueza de la diversidad cultural en el ámbito sanitario presenta desafíos, pero también oportunidades. La capacidad de comunicarse eficazmente con pacientes de diversos antecedentes culturales es esencial para brindar atención de calidad.

Además, el respeto y la sensibilidad hacia las diferencias culturales promueven la confianza y el entendimiento mutuo entre el personal médico y los pacientes.

En esta introducción, exploraremos la importancia de la diversidad cultural para el auxiliar administrativo en el ámbito sanitario, destacando cómo la inclusión, la competencia cultural y la empatía se convierten en herramientas esenciales para promover una atención médica equitativa y de calidad. A lo largo de este viaje, descubriremos cómo la diversidad enriquece el entorno sanitario y cómo el auxiliar administrativo desempeña un papel vital en la construcción de puentes culturales para el beneficio de la salud y el bienestar de todos.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las distintas funciones a realizar por el auxiliar administrativo del ámbito sanitario en relación con la comunicación intercultural de pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una búsqueda en principales artículos y una revisión bibliográfica en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, Medline, así como en buscadores como Google con palabras clave: auxiliar administrativo-centros sanitarios- diversidad cultural

4 Resultados

En el ámbito sanitario, la diversidad cultural se manifiesta de diversas maneras y tiene un impacto significativo en la prestación de servicios de salud. A medida que los sistemas de atención médica se encuentran con pacientes de diversos orígenes culturales, se presentan desafíos y oportunidades que los auxiliares administrativos desempeñan un papel crucial en abordar. Aquí, profundizaremos en los resultados y efectos de la diversidad cultural en este contexto.

Uno de los resultados más notables de la diversidad cultural en el ámbito sanitario es la necesidad de una comunicación efectiva. Los auxiliares administrativos deben ser capaces de comprender y adaptarse a diferentes estilos de comunicación, idiomas y expresiones culturales. La falta de comprensión en este aspecto puede llevar a malentendidos, errores médicos y una disminución en la

calidad de la atención. Por otro lado, una comunicación culturalmente competente contribuye a una atención más segura y efectiva.

La diversidad también se traduce en una variedad de prácticas y creencias en torno a la salud. Los auxiliares administrativos deben estar preparados para respetar y acomodar estas diferencias. Esto puede incluir la observancia de dietas específicas, rituales religiosos o preferencias de tratamiento alternativas. Al abrazar la diversidad cultural, los resultados incluyen una mayor satisfacción del paciente y un aumento en la adherencia al tratamiento.

La diversidad cultural en el ámbito sanitario también promueve un ambiente de trabajo enriquecedor y colaborativo. La combinación de perspectivas diversas aporta una amplia gama de enfoques para resolver problemas y mejorar los servicios de atención médica. Esto conduce a una mayor innovación y creatividad en la administración de la salud, lo que finalmente beneficia a los pacientes.

En resumen, la diversidad cultural en el ámbito sanitario tiene resultados notables. Requiere una comunicación efectiva, la adaptación a diversas prácticas y creencias, y promueve un ambiente de trabajo enriquecedor. Los auxiliares administrativos desempeñan un papel esencial al abrazar y gestionar la diversidad cultural para garantizar la entrega de servicios de salud equitativos y de alta calidad.

5 Discusión-Conclusión

La diversidad cultural en el ámbito sanitario es un elemento fundamental que influye en la calidad de la atención médica y en la eficacia de la gestión administrativa. Como hemos comentado, sus efectos son significativos y multifacéticos.

En primer lugar, la diversidad cultural impacta directamente en la comunicación entre pacientes y profesionales de la salud, lo que puede llevar a malentendidos y errores. Además, promueve la adaptación a prácticas y creencias diversas, lo que puede mejorar la satisfacción del paciente y la adherencia al tratamiento. La diversidad también enriquece el entorno laboral, fomentando la colaboración y la innovación.

En última instancia, los auxiliares administrativos desempeñan un papel crucial al abrazar y gestionar la diversidad cultural. Su competencia en la comunicación intercultural y su capacidad para promover la inclusión y el respeto son esenciales para garantizar que todos los pacientes reciban una atención de calidad,

independientemente de su origen cultural. La diversidad es un activo en el ámbito sanitario, y su gestión efectiva es fundamental para el éxito del sistema de atención médica.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/derecho-asistencia-sanitaria-extranjero-espana/>.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 583

EL TRABAJO DEL ADMINISTRATIVO EN LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL

MARIA DEL CARMEN PIQUERAS SAEZ

ANA BELEN PEREZ ATIENZAR

MARÍA INMACULADA VILLORA MOYA

MARIA DEL PILAR DE LA CONCEPCION SAEZ

MARÍA NATIVIDAD PICAZO MENESES

1 Introducción

Dado que la gestión del entorno sanitario depende de él, el administrativo de un hospital desempeña funciones cruciales.

El administrativo de la gerencia colabora con la dirección y gerencia para completar tareas como atención telefónica, gestión, coordinación y planificación de tareas administrativas, atención al paciente y organización, en algunos casos.

Dependiendo del tipo y tamaño del hospital, pueden ser necesarias habilidades o conocimientos adicionales para realizar adecuadamente las funciones antes mencionadas.

Las siguientes habilidades y capacidades son beneficiosas para un subgerente administrativo.

- Competencia en comunicación verbal y escrita, competencia para promover una buena planificación, atentos a consultas telefónicas.

- Capaz de crear, escribir y presentar informes, competente en el mantenimiento de archivos, entregas, cartas de entrada y salida, etc.
- Trabajar de forma rápida y competente en grupo.
- Ser optimista y esperanzado.
- Crear tareas administrativas.
- Tener conocimientos informáticos y capacidad para utilizar los programas informáticos relacionados.
- Encargarse de gestionar el correo tanto entrante como saliente, incluido el correo electrónico.
- Capacidad para inspirar a sus colegas a lograr objetivos.
- Dado que está a cargo de información privada, delicada y sensible, debe ejercer discreción y reserva.
- Con todos los trámites y datos que estén bajo su responsabilidad, ser diligente y organizado.
- La agenda siempre debe mantenerse actualizada, incluidas las fechas y horas de las reuniones, así como los lugares y números de teléfono. Además, debe ser dinámico y cumplir con todos los compromisos asumidos por los superiores.
- Poseer una fuerte capacidad de empatía e iniciativa. Asegúrese de que todo esté en funcionamiento para que el hospital parezca estar bien administrado y atendido.

2 Objetivos

1. Describe e ilustra el trabajo y la posición cruciales del administrativo en la gestión hospitalaria.
2. Examinar las capacidades del administrativo en los roles más altos a los que tiene acceso.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 deberes de un administrativo incluyen los siguientes:

- Servir como conducto para el intercambio de información entre la dirección y el resto del personal del hospital.
- Apoyo a la gestión y dirección.
- Cuidado y asistencia al paciente o enfermo (según sea necesario).
- La recepción de llamadas y su ejecución.
- Manténgase atento a sus metas y objetivos.
- Controlar el tiempo, agendas y documentación involucrada.
- Asistir a reuniones y participar.

El registro general, finalidad y objetivo principal es mantener el control de todos los documentos que circulan por el mismo, tanto de entrada como de salida que se producen en los distintos órganos de la entidad. Es donde se anotará y se hará referencia a la mayor parte de la documentación, ya sea que se produzca la entrada o la salida.

• Lugar: es el lugar de entrada y salida de todos los documentos clases para inscripción:

1. Toda correspondencia se archiva en el registro general. Implica documentar todas las comunicaciones establecidas, tanto entrantes como salientes, con el mundo exterior.

- Acta general de salida: aquí se tomará nota de todo documento escrito y de toda comunicación oficial dirigida a cualquier organismo oficial o a una persona específica, pero en el entendido de que esta nota solo se conserva para documentar la salida de estos documentos oficiales y comunicaciones.

- Registro general de entrada: se pueden utilizar dos procedimientos diferentes para crear un registro completo de cada documento escrito recibido en la institución en este registro.

La gestión de todos los registros de los distintos departamentos de un mismo organismo se realiza a través de un registro único.

- Registro múltiple: a diferencia del registro único, se utiliza un libro de registro para cada división de la organización que recibe correspondencia.

2. Cualquier órgano administrativo podrá establecer un registro auxiliar en sus respectivos departamentos y para su propia organización, con el fin de potenciar y apoyar la flexibilidad de las comunicaciones escritas y verbales. Estas nuevas actas se añadirán al expediente general y deberán en todo caso comunicar todas las anotaciones realizadas en el mismo.

3. El lugar designado como registro de archivo tiene autoridad para registrar

información sobre todos los documentos que hayan sido archivados, incluyendo su número total, su contenido, su número de registro y el orden en que fueron recibidos en el tiempo.

Es necesario que el administrativo esté en capacidad de desempeñar de manera conveniente y efectiva sus funciones en este servicio:

- Gestionar el tiempo de gestión para que esté lo más libre de preocupaciones posible a la hora de tomar decisiones que hagan avanzar la gestión hospitalaria.
- Saber organizar y coordinar horarios según las obligaciones de la dirección y la disponibilidad será crucial para evitar retrasos en el trabajo.
- Actualizar la gestión sobre todos los eventos y reuniones que estén en agenda.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, poder cumplir eficazmente con los objetivos planteados dentro del tiempo asignado es crucial para el puesto de administrativo de gestión administrativa.

Por todo esto, los gerentes y otros empleados del hospital se benefician al ver una buena organización en acción. Como resultado, trabajan con menos estrés y presión y afirman sentirse más satisfechos con su trabajo.

Es fundamental que el personal del hospital sepa cómo planificar y priorizar sus tareas para que puedan completarlas cuando las tareas que debe completarse de inmediato.

De esta manera, la mayoría de las veces necesitas tener poder de negociación porque necesitas poder comunicarte no solo con la dirección o el resto del personal del hospital, sino también con otras personas como pacientes y familiares. En las negociaciones, ambas partes deben prevalecer.

6 Bibliografía

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

Capítulo 584

EL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y SU GESTIÓN EN SANIDAD A LOS SUJETOS NO ASEGURADOS

MARIA DEL CARMEN PIQUERAS SAEZ

MARIA DEL PILAR DE LA CONCEPCION SAEZ

MARÍA INMACULADA VILLORA MOYA

ANA BELEN PEREZ ATIENZAR

MARÍA NATIVIDAD PICAZO MENESES

1 Introducción

Para poder proporcionar a los sujetos una cómoda cobertura sanitaria, la ley establece unos Supuestos Especiales de Atención Sanitaria, siendo necesario cumplir unos requisitos básicos para poder acogerse a dichos supuestos. Empezaremos explicando esto, en España, los administrativos que no tienen la condición de asegurados o beneficiarios del Sistema Nacional de Salud se topan con frecuencia con auxiliares administrativos como profesionales y trabajadores de hospitales, centros sociosanitarios o instituciones de atención primaria. Este capítulo describirá los supuestos que subyacen a estas presunciones, así como los pasos que deben seguir los asistentes administrativos para otorgar a estos usuarios acceso al Sistema Nacional de Salud.

Las mujeres extranjeras embarazadas que no estén registradas ni autorizadas como residentes en España y los extranjeros menores de dieciocho años que no estén registradas ni autorizadas como residentes en España son ejemplos de sujetos que se acogerían a los casos especiales en relación con estos usuarios.

Dependiendo de su domicilio habitual, estos deberán acudir al centro de atención al paciente del Centro de Atención Primaria que les corresponda, donde el asistente administrativo designado para tal efecto necesitará los trámites que detallaremos a continuación para registrarlos en el SIPRES (Sistema de Registro de Prestadores de Servicios Financieros).

Si no se trata de una atención ocasional por falta de desplazamiento, se le entregará un médico y un número de historial médico.

2 Objetivos

Describir el proceso que deben seguir los auxiliares administrativos cuando pacientes que cumplen los criterios de inclusión en los casos especiales de atención sanitaria acuden a Atención Primaria para recibirlo.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se realizó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica de la literatura científica publicada. Se encontraron artículos científicos seleccionados con contenido pertinente al tema de estudio mediante una búsqueda sistemática de libros y consulta de artículos en las tres principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

El papeleo obligatorio que el paciente necesita llevar es:

- Un formulario para solicitar asistencia y acceso a la asistencia sanitaria terminado. La administrativa o trabajadora social del centro te lo entregará y te lo entregará.
- Una forma válida de identificación. Que podría ser su pasaporte, documento de identidad de extranjero o un documento de identidad de su país de origen.
- Un certificado de registro. Nunca más de tres meses después de la fecha de solicitud podrá expedirse este documento.

- Si el representante legal es menor de edad, documento de identificación. Solo cuando se trata de niños.

- Un informe social en caso de que el usuario no esté identificado.

El administrativo aceptará verificar todos los trámites necesarios a la luz de estas solicitudes y demandas de asistencia, rechazar solicitudes con datos incorrectos y/o documentación de respaldo insuficiente y explicar al solicitante cómo solucionar el problema. Quedarás registrado en el programa SIPRES, o si existe un registro existente, podrás modificarlo luego de asegurarte de que la documentación es exacta.

La información que les sigue entre paréntesis también se ingresará en los campos posteriores a ellos, de la siguiente manera:

- Tipo de población (SNS) y ciudadano (extranjero sin recurso - NTE NA extranjeros menores de 18 años - ETE NA extranjeras embarazadas, según corresponda), localización (habitual).

- Fecha de vencimiento (en ventana extranjera, dos años desde la fecha de introducción en el SIPRES; en el caso de menores de edad se debe marcar la casilla correspondiente; dos años desde la solicitud de solicitud; siempre se requiere renovación cada dos años, etc.), hasta alcanzar la mayoría de edad).

- La farmacia aportará el 40% del total.

Finalmente, se te entregará una acreditación convenientemente cumplimentada y válida en toda España que te permitirá acceder a atención y asistencia médica. En esta acreditación será necesario anotar su código de identificación personal (CIP-SNS), que será establecido por el programa y será distintivo. Y uniforme para todos los servicios sanitarios del Sistema Nacional de Salud, y que estará indisolublemente ligado a sus datos clínicos.

5 Discusión-Conclusión

Como vemos, para que todo ello se lleve a cabo, los sujetos deberán acudir al Centro de Atención Primaria que les corresponda según su domicilio habitual, donde el auxiliar administrativo designado a tales efectos deberá solicitar la documentación requerida para su alta en el programa SIPRES. Al tratar con pacientes en situaciones de atención médica únicas, los asistentes administrativos de los centros de salud deben seguir este protocolo.

Como pueden ver es un proceso bastante complicado, por lo que sería necesario crear un manual que el administrativo pueda utilizar porque no existe por el momento.

El administrativo aceptará verificar todos los trámites necesarios a la luz de estas solicitudes y demandas de asistencia.

6 Bibliografía

1. Real Decreto 576/2013, de 26 de julio.
2. Ley 16/2003, de 28 de mayo.

Capítulo 585

EL MANTENIMIENTO Y ARREGLO DEL CORREO NEUMÁTICO DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS

JUAN GIJÓN MERCHAN

FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA

JOSE ANTONIO PICAZO GARCIA

FERNANDO LIZON CORONADO

LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS

1 Introducción

Los tubos neumáticos, también conocidos como correo neumático, se instalan basándose en una explicación que hemos utilizado como base para este capítulo del libro. Este servicio es crucial en un complejo hospitalario porque es eficiente, seguro y rápido. Cuando un paciente está críticamente enfermo y ha sido ingresado en la unidad de cuidados intensivos (UCI) como resultado de un accidente, imagine la situación en la que el personal médico de un centro de salud necesita enviar urgentemente los resultados de las pruebas realizadas al paciente. Si el paciente se encuentra en esa condición, habrá pasado "media hora en ese curso" desde que el personal médico llevó las distintas pruebas al laboratorio para su posterior evaluación. Afortunadamente, el correo neumático lo acelera.

El mantenimiento, programación y actualizaciones rutinarias de esta instalación son competencia del servicio de mantenimiento mecánico sanitario, aunque están supervisados por una entidad diferente. El personal mecánico se encarga de hacer funcionar los distintos sistemas, rotar los cartuchos y mantener una presión de aire comprimido constante en toda la instalación para garantizar su funcionamiento.

Las siguientes secciones discutirán los diferentes componentes, problemas, ventajas y desventajas, y riesgos potenciales en el proceso durante su mantenimiento. También obtendremos información de lo que hemos tomado.

2 Objetivos

Describir los beneficios y desventajas del sistema de correo neumático en un entorno hospitalario, así como su funcionamiento en un complejo hospitalario.

3 Metodología

Tras consultar numerosos artículos publicados anteriormente, páginas web, empresas e instaladores certificados de este tipo de sistemas en centros sanitarios y libros sobre mantenimiento de instalaciones de aire comprimido a presión, realizamos una revisión bibliográfica para redactar este capítulo del libro.

4 Resultados

Los documentos, muestras, medicamentos y resultados de pruebas se entregan en un centro médico mediante un modesto sistema de distribución de productos llamado Correo Neumático, transiciones rápidas entre dos ubicaciones de edificios cualesquiera.

Este sistema aprovecha la energía cinética del aire a través de varios componentes. Estos envían aire comprimido a través de las tuberías al sistema y conducen los cartuchos a la estación donde se necesitan. El diámetro interior de los cartuchos coincide con el diámetro interior de la tubería.

Estos componentes se encuentran en un sistema de correo neumático de hospital.

- Turbinas: Existen varias variedades, pero las turbinas centrífugas son las más habituales en estas instalaciones. Su propósito es extraer aire de la calle, y lo hace mediante el uso de aspas que están desplazadas de su eje para aspirar y empujar aire hasta que se crea una presión y el aire es expulsado del sistema y ampliar el

espacio disponible del aire. La velocidad de accionamiento y transporte depende del volumen de aire y oscila entre 6 y 8 m/s.

- Sistema de tuberías: generalmente escondido dentro del marco del edificio en el ático. La principal ventaja de su construcción de plástico PVC es esa. En él se unen varias tuberías entre sí mediante anillos adhesivos de acero o acero inoxidable con una tolerancia mínima para evitar posibles fugas en el circuito.

Para mayor seguridad, el sistema dispone de fundas cortafuegos intumescentes en varios puntos. El objetivo de estas fundas es detener la propagación del fuego en caso de que se produzca un incendio en la enfermería donde se encuentran. A medida que se propagan, se contraen bajo la influencia del calor, obstruyendo el tubo.

- Los cartuchos se dirigen a la estación seleccionada por el personal médico mediante desvíos, también conocidos como estaciones de dirección. La caja está controlada por un dispositivo centralizado. Hay tres tubos allí y cada uno tiene una forma diferente de conectarse a la computadora.

De construcción de aluminio, cambia la dirección del cartucho justo cuando es necesario mover la puerta. A medida que los cartuchos pasan por la estación, se conserva el código de seguimiento.

La unidad central establece la conexión entre las distintas líneas. Dentro del sistema, cada envío tiene un seguimiento centralizado. Desde allí el personal de mantenimiento mecánico sanitario puede examinar todo, incluyendo la ubicación de los cartuchos y el funcionamiento del sistema de presión. Sirve como cerebro del sistema.

- Estación de Planta: A través de estas se transporta el cartucho a la planta. Dispone de una serie de indicadores luminosos que permiten al usuario saber si se está enviando un envío o, por el contrario, se espera que llegue. Dispone de un display con teclado para marcar la estación a la que se desea enviar el cartucho.

Los portadocumentos en cartucho son las urnas que contienen los distintos documentos, trabajos, exámenes, etc.

Este sistema tiene ventajas y desventajas, que son las siguientes:

- Un suministro interminable.
- Las tuberías son una forma sencilla y eficaz de almacenar, comprimir y mover grandes volúmenes durabilidad y confiabilidad.
- Además, el precio es justo.
- Los inconvenientes.
- El ruido se produce cuando todo el sistema libera aire a alta presión.

Debido a la gran cantidad de redes de tuberías, la instalación de estos sistemas

requiere cierto espacio.

Dependiendo del volumen que pueda almacenar, el aire comprimido del sistema está sujeto a cambios de presión.

5 Discusión-Conclusión

Para los encargados de la gestión y mantenimiento de este sistema que también se encargan del mantenimiento mecánico. Revisa el ordenador central para ver si alguna vez ha habido fallos y asegúrate de que no haya fugas.

Avisar al responsable de mantenimiento, quien se encarga de alertar a los demás servicios, para que dejen de enviar mientras se repara el sistema. Utilice el EPI adecuado, como guantes, gafas, etc y respete las directrices proporcionadas por el fabricante.

Para el personal de mantenimiento, es fundamental comprender las diversas aplicaciones de este sistema en el entorno hospitalario, así como sus ventajas e inconvenientes.

Capítulo 586

EL MANTENIMIENTO DE LOS MUEBLES DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS POR PARTE DEL MECÁNICO EN LAS HABITACIONES

JUAN GIJÓN MERCHAN

FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA

JOSE ANTONIO PICAZO GARCIA

FERNANDO LIZON CORONADO

LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS

1 Introducción

Para poder categorizar cada componente que tiene cada habitación, según su enfoque. Este capítulo, en el que más adelante detallaremos detalladamente todos los distintos elementos que se encuentran en las habitaciones de un centro de salud, es lo que queríamos preparar.

El personal de mantenimiento de un complejo hospitalario incluye al mecánico sanitario que trabaja allí. Controlar, mantener y son sus responsabilidades.

Se deben arreglar todos los enchufes y muebles de la habitación, asegurando que cada componente esté en perfecto estado de funcionamiento en el momento de su uso para que todos los usuarios, guardias, TCAE y otros profesionales médicos

puedan utilizarlo de forma segura y de una manera que promueva su bienestar y la rápida recuperación del paciente. También asegura la comodidad de los acompañantes durante toda la estancia del paciente.

Explicaremos cómo funciona el sistema sanitario cuando hay pacientes a lo largo de los distintos apartados de este artículo. Para no interferir en la actividad diaria de pacientes y usuarios, dentro de la organización hospitalaria se siguen diversos procedimientos por parte de los profesionales sanitarios, el responsable de mantenimiento y el servicio de mantenimiento mecánico.

Lo ideal es que la planificación de los componentes del mobiliario en un centro hospitalario, es que se realice siempre y cuando sea posible.

2 Objetivos

Describir y conocer las tareas de mantenimiento de las habitaciones del hospital a través del mantenimiento de un mecánico del hospital.

3 Metodología

Para efectos de redactar este capítulo, hemos completado nuestra investigación sobre los diversos procedimientos de mantenimiento que realiza el servicio de mecánica sanitaria, así como las inspecciones periódicas que se realizan en las distintas áreas de un centro de salud.

Planificar y revisar el mantenimiento es necesario para garantizar que cada mueble de un espacio funcione según lo previsto.

4 Resultados

Lo ideal es que la planificación de los componentes del mobiliario en un centro hospitalario, es que se realice siempre y cuando sea posible con la ayuda del personal de mantenimiento, el mecánico en este caso y del personal médico.

Los pacientes y visitantes están ausentes de las habitaciones.

- El gerente de planta generalmente envía estas revisiones a mantenimiento en una orden de trabajo computarizada después de informarlas primero al gerente de mantenimiento.
- Las siguientes responsabilidades caen dentro del ámbito del grupo de mantenimiento mecánico:

- Monitoreo y mantenimiento de las tomas de conexión de gases medicinales (Oxígeno, Aire Medicinal y Vacío) en las cabeceras de las habitaciones.
- Repuestos de equipos médicos como flujómetros, vacuómetros y mangueras y conexiones para toma de gases.
- Inspeccionar todas las partes mecánicas y eléctricas de las distintas camas que se pueden encontrar en las habitaciones.
- Cortinas adjuntas que separan las camas.
- Protectores de pared y otros resguardos para evitar el deterioro de la pared, como zócalos, tapajuntas, esquineros y protectores de pared.).
- Pruebas de piezas de ventanas y puertas para garantizar que cumplan con Covid-19 u otros requisitos de seguridad.
- Mesitas de noche y sus partes.
- Conjuntos de vestuario.
- Además, hay sillas y sillones para los invitados de los pacientes.
- Confirmar que el contacto del paciente Los botones han sido revisados por el control sanitario del servicio de planta.

El equipo de mantenimiento, el mecánico, que está a cargo de las habitaciones también está obligado a notificar al jefe de mantenimiento y al equipo a cargo de ese puesto si encuentran algún fallo o reciben información del equipo médico o de los pacientes, como, por ejemplo, las opciones de iluminación de las que dispone un electricista.

5 Discusión-Conclusión

El mecánico como personal de mantenimiento es el que se encarga de asegurarse de que todas las piezas que componen el mobiliario de las habitaciones de un centro hospitalario, como por ejemplo: una cama de hospital o una mesa pequeña, funcionen correctamente.

Se deberá examinar toda la construcción de este objeto, incluyendo las partes mecánicas (ruedas, pedales, pasamanos, cabecera, soporte de informes y partes eléctricas o electrónicas, en su caso, sistema de control electrónico), si funcionan correctamente antes de comenzar el proceso en el que se debe marcar el número de servicio y se envía un mecánico a sacarlo y repararlo y en su caso reemplazar las piezas.

6 Bibliografía

- www.revistamedica.com

- La Mecánica en Instituciones Públicas se puede solicitar a la editorial CEP

Capítulo 587

PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS LABORALES DEL PROFESIONAL ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARÍA DEL PILAR PÉREZ SALCEDO

1 Introducción

“La salud laboral tiene la finalidad de fomentar y mantener el más alto nivel de bienestar físico, mental y social de los trabajadores de todas las profesiones, prevenir todo el daño a la salud de éstos por las condiciones de trabajo, protegerlos en su empleo contra los riesgos la salud y colocar y mantener al trabajador en un empleo que convenga a sus aptitudes psicológicas y fisiológicas”, esta es la descripción de salud laboral que establecen la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud.

Por otra parte, la Constitución Española en su artículo 40.2 reza: “Asimismo, los poderes públicos fomentarán una política que garantice la formación y readaptación profesionales; velarán por la seguridad e higiene en el trabajo y garantizarán el descanso necesario, mediante la limitación de la jornada laboral, las vacaciones periódicas retribuidas y la promoción de centros adecuados”.

El desarrollo de este encargo constitucional conllevó, entre otros, la elaboración de La Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales como marco normativo de la protección de la salud en el ámbito del trabajo. El artículo 14 de esta Ley dispone explícitamente el derecho de los trabajadores a una protección eficaz de su seguridad y salud en el trabajo, expresando la obligación de los empresarios de proteger a sus trabajadores frente a los riesgos laborales.

En lo relativo a la salud laboral en centros sanitarios, el más importante riesgo es, evidentemente, la posibilidad de transmisión de enfermedades infecciosas por su contacto con numerosos riesgos biológicos. Pero, además de éste grave peligro, el profesional administrativo en el Sistema Nacional de Salud, contiene con otras muchas circunstancias que pueden desgastarlos tanto física como mental y anímicamente.

2 Objetivos

- Identificar las amenazas a las que se expone el personal administrativo en sanidad en términos de riesgos laborales y salud en el desempeño de su trabajo.

3 Metodología

Para realizar el presente trabajo se ha efectuado una exhaustiva indagación bibliográfica en buscadores académicos. Se ha consultado legislación existente en torno al tema, así como sobre literatura científica. Igualmente se han revisado artículos en diferentes bases de datos científicas como Dialnet y Medline.

4 Resultados

Los centros hospitalarios o sanitarios son instituciones eminentemente capacitadas en cuya labor afrontan significativos peligros o riesgos dentro de sus propias instalaciones. Estos riesgos conciernen tanto al personal sanitario, como al personal de apoyo, como son los profesionales administrativos.

La correcta identificación de estos factores de riesgo es básica para poder tomar las precauciones adecuadas para evitar o minimizar los mismos, es lo que se denomina prevención.

El riesgo laboral hace referencia a la probabilidad o eventualidad de que los trabajadores padezcan ciertos daños debido a su trabajo. Se entiende, pues, como daño derivado del trabajo, la enfermedad, dolencia o lesión soportada y padecida con razón del trabajo.

De hecho, en España no hay una normativa sobre prevención de riesgos laborales específicamente enfocada al sector sanitario. Aunque existen, sin embargo, normas que, si bien no están relacionadas con el ámbito de la prevención de riesgos, incluyen importantes principios generales en este campo para los profesionales del Sistema Nacional de Salud.

Por ello, la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, prevé de manera general el derecho de los trabajadores a estar efectivamente protegidos en materia de seguridad y salud en el trabajo, y más concretamente, en el artículo 18 que contempla los derechos colectivos, incluido el derecho “a disponer de servicio de prevención y órganos representativos en materia de seguridad laboral”, determinando en el artículo 19 la obligación de cumplir la normas de seguridad y salud en el trabajo.

Las acciones preventivas como principio de la propia prevención, son mencionadas en la Ley de prevención de riesgos laborales en su artículo 15, y son:

- Evitar los riesgos.
- Evaluar los riesgos que no se puedan evitar.
- Combatir los riesgos en su origen.
- Adaptar el trabajo a la persona.
- Tener en cuenta la evolución de la técnica.
- Sustituir lo peligroso por lo que entrañe poco o ningún peligro.
- Planificar la prevención.
- Adoptar medidas que antepongan la protección colectiva a la individual.
- Dar las debidas instrucciones a los trabajadores.

El personal administrativo se enfrenta a distintos riesgos profesionales en el ámbito sanitario, como son:

- Riesgos ergonómicos: están relacionados con una mala higiene postural y debido a estar sentado durante mucho tiempo. Su consecuencia son las lesiones musculoesqueléticas, constituyendo la más relevante causa de baja y absentismo laboral.
- Riesgos por fatiga visual y por iluminación inadecuada: el trabajo del administrativo en el ámbito sanitario exige trabajar largas jornadas con pantallas de ordenador, bases de datos, etc. Ello puede causar tanto deslumbramiento indirecto, tales como reflejos; como directos, debido al contraste de la pantalla, luz ambiental.... El uso prolongado del ordenador y la inadecuada iluminación pueden causar fatiga general, dificultad para ver y de concentración, dolores de cabeza, dolor de cuello o espalda, ojos cansados, fatiga visual, lagrimeo ocular u ojos secos, irritación ocular y visión borrosa.
- Riesgo de fatiga mental: puede manifestarse en forma de dolores de cabeza, musculares, digestivos, trastornos mentales, del sueño y del apetito; también a través de ansiedad, irritabilidad, depresión, cambios de humor o mediante hostilidad, falta de comunicación o problemas en las relaciones familiares. Existen diversas circunstancias que pueden ocasionarla, como son: el alto ritmo de trabajo necesario, mantener un alto nivel de concentración durante toda la jornada laboral, procesar gran cantidad de información, sobrecarga de trabajo, monotonía, inter-

rupciones o interferencias y superposición y solapamiento de trabajo. Sus consecuencias pueden aparecer como deterioro del ambiente laboral, reducción de la calidad del trabajo, abandono profesional, bajas y absentismo, insatisfacción, etc.

- Riesgo acústico: puede estar ocasionado por equipos de ventilación. Influyen en ello el incorrecto mantenimiento, la falta de aislamiento de edificios y equipos, así como la falta de protección individual y colectiva, provocando que en el lugar de trabajo se superen los niveles óptimos de contaminación acústica. El efecto más grave es la sordera, pero también existen otra serie de enfermedades que se relacionan con la exposición a niveles elevados de ruido, como es el aumento del ritmo cardíaco, de la presión arterial, trastornos vasoconstrictores, ansiedad, disminución de la actividad digestiva, tensión muscular, alteraciones de la comunicación y de la percepción de señales de alarma.
- Riesgo de malestar térmico: las circunstancias de índole climática en el ámbito laboral son determinantes para la salud del trabajador y para el desempeño de su labor. Los daños causados por una deficiente climatización pueden originar desagradables sensaciones tales como falta de concentración, fatiga, congestión nasal, picores....
- Riesgos psicosociales: se encuentran vinculados a cómo se gestiona el trabajo y la organización del mismo debido a una serie de factores tales como exigencias psicológicas excesivas, falta de autonomía y de capacidad de decisión, insuficiente desarrollo profesional, insuficiente apoyo social y carencia de liderazgo, jornadas de trabajo largas y poca compensación económica. Estos daños se manifiestan en agotamiento, estrés, situaciones de violencia externa (hacia familiares o pacientes) o de violencia interna (entre profesionales), generando incluso episodios de acoso psicológico.
- Riesgo de violencia o agresión: los trabajadores del ámbito sanitario corren el riesgo de sufrir agresiones por parte de pacientes o familiares. Las consecuencias de las mismas pueden ser leves, graves o incluso fatales según la situación y la naturaleza de la propia agresión, además de la posible aparición de estrés post-traumático.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo del profesional administrativo en el ámbito sanitario conlleva afrontar una serie de riesgos vinculados a dicha actividad laboral, como son los niveles de ruido, el trabajo por turnos y nocturno, problemas posturales, estrés, deficiente iluminación en ocasiones, problemas a causa de la ventilación y la climatización e incluso eventuales agresiones.

Resulta primordial, para evitar y prevenir estos riesgos, dotar a los profesionales de las habilidades y competencias precisas para que logren desarrollar eficazmente sus tareas de gestión administrativa y al tiempo poder integrar políticas de prevención.

Por todo ello, en esta profesión, la elección correcta de los equipos de protección individual (EPI) es primordial y resulta necesario desarrollar y actualizar procedimientos de notificación y seguimiento de incidencias.

6 Bibliografía

1. Cesar Tolosa Triviño. La prevención de riesgos laborales en el sector sanitario: consideraciones generales y cuestiones controvertidas. [Internet]. [Consultado 31 Mar 2020]. Disponible en: <https://elderecho.com/la-prevencion-riesgos-laborales-sector-sanitario-consideraciones-generales-cuestiones-controvertidas>
2. B.O.E. Real Decreto 843/2011, de 17 de junio, por el que se establecen los criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los servicios de prevención. [Internet]. [Consultado 4 Jul 2011]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-11428>
3. B.O.E. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. [Internet]. [Consultado 29 Abr 1986]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>
4. B.O.E. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales. [Internet]. [Citado 10 Nov 1995]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-24292>
5. OIT. Seguridad y salud en el trabajo. [Internet]. [Citado 2023]. Disponible en: <https://www.ilo.org/global/standards/subjects-covered-by-international-labour-standards/occupational-safety-and-health/lang--es/index.htm>
6. OMS. Salud ocupacional: los trabajadores de la salud. [Internet]. [Citado 7 Nov 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/occupational-health--health-workers>
7. B.O.E. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. [Internet]. [Citado 17 Dic 2003]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-23101>
8. B.O.E. Constitución española. [Internet]. [Citado 27 Sep 2011]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>

Capítulo 588

EL ADMINISTRATIVO Y SU FUNCION EN SU RELACIÓN CON LOS DOCUMENTOS SANITARIOS

MARIA DEL CARMEN PIQUERAS SAEZ

ANA BELEN PEREZ ATIENZAR

MARÍA INMACULADA VILLORA MOYA

MARIA DEL PILAR DE LA CONCEPCION SAEZ

MARÍA NATIVIDAD PICAZO MENESES

1 Introducción

Esta introducción nos ayudará a evaluar la documentación que el grupo administrativo de la función administrativa debe gestionar en su lugar de destino dentro del sistema público de salud. El ministerio encargado de la salud establece un sistema de información relacionada con la salud. Entre el paciente y la administración sanitaria se debe garantizar que la información sea accesible y que la comunicación sea abierta. Para lograrlo, se completan y califican una serie de objetivos y tareas relacionadas con los documentos y la información necesarios en la atención médica. Uno de los principales objetivos es lograr que el administrador de la función administrativa esté familiarizado con los diversos documentos utilizados en el sistema de salud, cada uno de los cuales tiene un propósito distinto, además del registro posterior que debe completar y ejecutarlos. Es por ello que en

este estudio hemos incluido una serie de documentos y diversos aspectos de los mismos que pueden ayudarnos a comprender las diversas tareas que desempeña el grupo de funciones administrativas en el mencionado sistema de salud. Con todo ello, nos aseguramos de que este grupo de empleados conozca sus roles específicos en relación con los trámites que deben realizar y los protocolos a seguir.

2 Objetivos

Examinar y conocer el papel del administrativo de la función administrativa en relación con la documentación sanitaria de los centros sanitarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

El apartado de resultados nos ayudará a presentar los distintos objetivos que habíamos establecido previamente. Compararemos algunas de las cualidades que deben considerarse en relación con los registros sanitarios con el grupo administrativo de la función administrativa. La salud pública persigue el objetivo de proporcionar pistas fundamentales sobre qué datos y documentos deben ser manejados, en este caso por este grupo de personal administrativo para lograr la máxima confiabilidad de la información. Esto se hace a través del Ministerio responsable de la salud. El historial médico es un documento crucial que se utiliza en el sistema sanitario. Esta historia de la atención primaria proporciona el conocimiento necesario para alcanzar el objetivo asistencial. Aquí se debe proporcionar la información del paciente, incluida información sobre su familia, lugar de trabajo, salud y cualquier medida preventiva recomendada por su médico.

El historial clínico es un documento médicamente necesario, pero el grupo administrativo de la función administrativa debe utilizarlo para proporcionar información específica, como información personal. También deben ser conscientes de otras cuestiones críticas, como la registro de documentos, dependiendo del

área de salud que traten, además de la información que deba recabarse. La información a transcribir puede cambiar, sobre todo si hablamos de un hospital o centro de salud porque el sistema y la documentación pueden cambiar. Allí se encuentra el formulario de cita, además de la documentación fundamental de dichos antecedentes médicos. Este registro es significativo porque incluye información sobre la cita del paciente para la consulta posterior, durante la cual se recogerán sus datos, así como la ubicación, fecha y especialidad para la que está programado. El personal administrativo es el encargado de realizar gran parte de la intervención necesaria en este documento, que luego queda registrado para futura consulta o derivación a otros profesionales. Hacemos hincapié en la importancia de la precisión de los registros porque aquí es donde se agrega la información que los pacientes necesitan a medida que los tratan los profesionales médicos; como resultado, el registro adecuado es un componente crucial de su trabajo. El número asignado a cada registro cuando se abrió determina cómo se organizan en un archivo almacenado.

5 Discusión-Conclusión

Luego de examinar cómo el administrativo de la función administrativa utiliza los registros médicos en su trabajo y tomando como ejemplo la historia clínica, llegamos a la conclusión de que no son los únicos empleados que lo hacen. También llegamos a la conclusión de que la información que normalmente completa este profesional de la salud es información básica que otros profesionales de la salud completarán según sea necesario. Después de evaluar el registro que se debe realizar en la documentación antes mencionada, llegamos a la conclusión de que estos empleados son los únicos responsables del registro inicial, y es fundamental que lo completen correctamente para que el documento quede correctamente archivado. En consecuencia, el trabajo del administrador de la función administrativa gira en torno a la finalización de los documentos existentes, la creación de otros nuevos y su registro.

6 Bibliografía

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

Capítulo 589

LOS RESIDUOS SANITARIOS Y SU GESTIÓN

BARBARA INES LOPEZ ALONSO

1 Introducción

Los residuos sanitarios son aquellos residuos que se generan en el desarrollo de las actividades sanitarias realizadas en los centros médicos, veterinarios, farmacéuticos, clínicas dentales, bancos de sangre, oficinas de farmacia que realicen fórmulas magistrales o cualquier centro de investigación asociado a la salud. También debemos incluir los contenedores y envases que contengan este tipo de residuos.

Según la Ley 22/2011 de 28 de julio, este tipo de residuos, posee características especiales debido a su procedencia y por ello se consideran residuos peligrosos, por lo que se debe dar un tratamiento adecuado para su eliminación y por este motivo, los centros sanitarios que los generan, estarán obligados a realizar el tratamiento de los residuos por sí mismos o entregar o encargar el tratamiento de residuos a empresas o entidades públicas o privadas debidamente registradas que se encargue del tratamiento.

Cuando el tratamiento de los residuos no se realiza por el propio centro, sino que se encarga a una empresa habilitada para ello, la entrega debe ser acreditada para que así la responsabilidad pase a ser de la empresa que se encarga de la gestión. En todos los centros sanitarios, debe haber un responsable del cumplimiento de la gestión de eliminación de los residuos y debe haber un procedimiento escrito de la eliminación y gestión de residuos que debe ser conocido por todo el personal encargado de ellos.

Los residuos sanitarios se clasifican en no peligrosos, peligrosos y radioactivos:

- **NO PELIGROSOS:**

Grupo I: Residuos generales asimilables a domésticos

Grupo II: Residuos sanitarios asimilables a domésticos

- **PELIGROSOS:**

Grupo III: Residuos peligrosos sanitarios

Grupo III A: Residuos Biológicos

Grupo III B: Residuos de medicamentos citotóxicos y citostáticos

Grupo III C: Residuos Químicos

Grupo IV: Residuos peligrosos no sanitarios

- **RADIATIVOS:**

Grupo V: Residuos Radiactivos

Los peligrosos y los radioactivos son los que deben tener una gestión más específica en su eliminación ya que pueden tener un alto riesgo para los trabajadores y para el medio ambiente.

2 Objetivos

- Definir el concepto de residuo sanitario.
- Clasificar los residuos sanitarios según su peligrosidad.
- Explicar el tratamiento que se le debe de dar a este tipo de residuos para su gestión y eliminación.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha realizado una revisión de páginas relacionadas con el tema a través de internet empleando palabras clave como “residuos”, “residuos sanitarios”, “gestión de residuos sanitarios” y consultando en Google la Ley 7/2022 de 8 de abril de residuos y suelos contaminados para una economía circular.

4 Resultados

Los residuos sanitarios pueden suponer un peligro para la salud si no son correctamente gestionados y tratados para su eliminación.

Independientemente del grupo en el que estén clasificados, todos los envases que contengan o hayan contenido residuos peligrosos tienen que estar debidamente etiquetados, todos deben tener una gestión especial para su eliminación

y las personas que se encarguen de su manipulación, deben adoptar las medidas necesarias para garantizar la protección tanto de los pacientes como de los trabajadores.

Cada CCAA tiene su propia normativa en la gestión de este tipo de residuos y por lo tanto, una clasificación y etiquetados diferentes.

Los trabajadores encargados de este tipo de residuos recibirán una formación específica de prevención de riesgos laborales para poder manipular con total seguridad este tipo de residuos.

La gestión de residuos sanitarios comprende las operaciones de clasificación, minimización, manipulación, segregación, envasado, etiquetado, transporte interno y almacenamiento. Vamos a definir brevemente lo que es cada una de estas operaciones:

- Los residuos sanitarios los clasificamos como ya hemos comentado en no peligrosos, peligrosos y radioactivos.
- La minimización es intentar disminuir la cantidad y peligrosidad de este tipo de residuos para que así también disminuyan los gastos que tiene su gestión.
- La manipulación son las medidas que se deben adoptar para garantizar la protección de pacientes y trabajadores, como por ejemplo no manipular este tipo de residuos con las manos para comprimir bolsas o usar guantes en todo momento.
- La segregación y el envasado es dividir los residuos según al grupo al que pertenezcan, dividiéndolos en los envases adecuados a cada tipo.
- El etiquetado es identificar cada recipiente o envase con una etiqueta donde consten los datos del titular y el código de identificación del residuo.
- El transporte interno es la retirada de los residuos para depositarlos en los lugares acondicionados para su almacenamiento. Es muy importante que esta labor se realice cuando la afluencia en los centros sea menor y que para la seguridad de los trabajadores se realice en carros.
- Y el almacenamiento es donde se deposita para su retirada final y es de vital importancia que se cumpla con los plazos marcados y que este en locales separados de la actividad sanitaria.

5 Discusión-Conclusión

Los residuos sanitarios son parte de los trabajos realizados en cualquier centro sanitario. Es muy importante una gestión adecuada de este tipo de residuos ya que pueden ser altamente contaminantes y peligrosos para la salud humana.

Dependiendo del grupo en que se clasifiquen, deberán tener un tipo de gestión distinta en su tratamiento y eliminación. Es muy importante para la salud tanto

de los trabajadores como de los pacientes, que las empresas encargadas de esta gestión realicen los trabajos con todas las medidas y en el tiempo adecuado para su recogida y eliminación y que todos los trabajadores que estén en contacto con este tipo de residuos tengan una buena formación para así evitar peligros.

6 Bibliografía

1. La Ley 7/2022 de 8 de abril de residuos y suelos contaminados para una economía circular. Disponible en <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2022-5809>
2. Definición de concepto de residuos sanitario. Disponible en: <https://www.miteco.gob.es/es/calidad-y-evaluacion-ambiental/temas/prevencion-y-gestion-residuos/flujos/residuos-sanitarios.html>
3. Clasificación de los residuos sanitarios. Disponible en: <https://www.eurofins-environment.es/es/residuos-sanitarios-clasificacion-gestion-normativa/>

Capítulo 590

LA ASEPSIA EN EL QUIROFANO. EL CELADOR COMO PARTE DEL EQUIPO DE QUIROFANO NO ESTERIL

BARBARA INES LOPEZ ALONSO

1 Introducción

El quirófano es la zona del hospital donde se realizan las cirugías y alguna otra actuación que requiera anestesia. Son espacios que están aislados del resto del hospital porque debe reunir unas condiciones especiales que garanticen la mejora de la salud del paciente.

Tanto el quirófano como el personal que asiste al paciente en la cirugía debe cumplir unas reglas básicas para conservar la asepsia en el quirófano.

Para definir el concepto de la asepsia dentro del quirófano, primero debemos entender lo que es la asepsia y sus tres procedimientos básicos.

Según la Organización Mundial de la Salud u OMS, definimos la asepsia como el conjunto de procedimientos que tienen por objeto impedir la penetración de gérmenes en el sitio que no los contenga, es la eliminación física de materia orgánica de una superficie o de un objeto sin causarle daño.

La asepsia se divide en tres procedimientos básicos: la esterilización (se realiza sobre el instrumental); la antisepsia (se realiza sobre los tejidos vivos) y la desinfección (se realiza sobre el quirófano y el mobiliario).

Debemos definir también el concepto de antisepsia, ya que en quirófano cobra gran importancia, puesto que es la desinfección de un lugar.

Dentro de la zona de quirófano cobra vital importancia el cumplimiento de todos estos términos por cualquier persona que acceda a cualquiera de las zonas del quirófano, ya sea parte del equipo estéril o del equipo no estéril.

El personal que accede al quirófano, se divide en dos grupos: el equipo de miembros estériles (cirujano, ayudantes de cirujano y enfermero instrumentista) y el equipo de miembros no estériles (anestesista, enfermero circulante, Técnico cuidados auxiliares de enfermería, y otros.)

El celador forma parte del equipo no estéril que en ocasiones tiene que asistir en una cirugía.

2 Objetivos

Los objetivos principales de este estudio son:

- Definir que es el quirófano.
- Definir el concepto de asepsia.
- Establecer el personal que accede a quirófano, personal estéril y personal no estéril.
- Definir las funciones del celador como parte del personal no estéril.

3 Metodología

Para el desarrollo de este capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica y se han consultado también artículos en Wikipedia y en las bases de datos de Google académico y pubmed. Se utilizaron palabras clave como “asepsia”, “asepsia en quirófano”, “personal de quirófano”, “celador en quirófano”.

4 Resultados

El quirófano es una de las partes más importantes del hospital, puesto que en ellos se prestan servicios de gran importancia en la salud de los enfermos. El quirófano debe cumplir una serie de requisitos como ubicación, tamaño, temperatura y se divide en varias partes. Se debe cumplir con una serie de medidas de higiene, todas ellas de obligado cumplimiento para el personal que accede a esas partes del quirófano.

El personal de quirófano se divide en equipo estéril y equipo no estéril. El equipo estéril es el que debe extremar más las medidas porque es el que va a estar en contacto directo con el paciente durante la intervención y mantenerse cerca del campo estéril para preservar la asepsia en todo momento y el equipo no estéril donde se encuentra el celador que es el que debe mantener en todo momento

una distancia mínima de 30 cm con el paciente para así no contaminar el campo estéril.

Aun no estando en contacto directo con el paciente en el quirófano, todos los miembros del equipo quirúrgico deben extremar las medidas de asepsia.

La asepsia en el quirófano es una de las partes más esenciales, puesto que sin ella pondríamos en peligro la vida del paciente.

Dividiremos también el área quirúrgica dependiendo del nivel de asepsia o anti-sepsia que debe mantener el personal que accede a estas zonas.

Está la zona sin limitaciones o zona negra que es donde encontramos los vestuarios o la zona de transferencia de pacientes, la zona semilimitada o gris que es el área limpia y hay que cumplir ya una serie de medidas como el uso de calzas y gorro y la zona limitada o blanca que es el área estéril o aséptica, en esta área ya es obligatorio el uso de gorro, bata y guantes. Esta área está formada entre otras zonas por el quirófano.

5 Discusión-Conclusión

Según el estatuto del personal no sanitario en su artículo 14.2.16 “el celador auxiliará en todas las funciones propias del celador destinado en estos servicios, así como las que les sean encomendadas por médicos, supervisoras o enfermeras.”

Dentro del quirófano el celador forma parte del personal no estéril, lo cual quiere decir que aunque no esté en contacto directo con el paciente durante la operación, sí que está en las zonas donde se realiza la cirugía y, por lo tanto, debe cumplir con una serie de medidas para preservar la seguridad del enfermo entre las que está la de permanecer en los ante quirófanos y no acceder a él a no ser que se le requiera para alguna función como el transporte de aparatos o cambio de posición del paciente cuidando al máximo la asepsia, usando todas las medidas que sea necesario para ello como el uso de bata, gorro, mascarilla y calzas.

Otra de las funciones del celador de gran importancia es el rasurado de pacientes masculinos en ausencia del peluquero o ayudar al personal auxiliar en el aseo del paciente previo a la intervención y una vez que esta finalice, será el encargado del traslado del paciente donde le sea indicado y acompañado por los sanitarios según la necesidad.

6 Bibliografía

1. La asepsia en quirófano. Disponible en: <https://www.salusplay.com/apuntes/quiropfano-y-anestesia/tema-1-asepsia-en-quiropfano-conceptos-fundamentales>

2. Definición asepsia. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/asepsia>

Y WIKIPEDIA

3. La asepsia quirúrgica. Disponible en: https://espanol.libretexts.org/Salud/Enfermer%C3%ADa/Libro%3A_Procedimientos

4. Quirófano, cuidados. Disponible en: <https://www.cuidandoenquiropano.com/partiendo-de-lo-basico-en-quiropano-recomendaciones-para-una-tecnica-esteril/>

Capítulo 591

LOS RIESGOS PSICOSOCIALES DE LAS DIFERENTES CATEGORIAS DE TRABAJADORES COMPRENDIDAS EN EL AMBIENTE LABORAL SOCIOSANITARIO ESTATAL

JUAN MANUEL SUAREZ GONZALEZ

1 Introducción

Los factores psicosociales son las condiciones presentes directamente relacionadas con la organización del trabajo, el contenido del puesto, la realización de la tarea o incluso con el entorno, que tienen la capacidad de afectar al desarrollo del trabajo y la salud.

En la actualidad, los riesgos psicosociales en el trabajo son una de las principales causas de enfermedades y de accidentes laborales

Un riesgo generalizado es el estrés generado por el trabajador en el lugar de trabajo en el que realiza su labor. Los factores por los que tiene lugar son:

Contenido del trabajo. Vinculado con La ejecución de las tareas que debe realizar, tanto en el modo como en la forma

Carga y ritmo de trabajo. Asociado a cantidad, calidad y ritmo de trabajo. El empleado hace frente a: sobrecarga de trabajo, plazos inviables y altos niveles de presión

Tiempo de trabajo, cómo se distribuye la jornada laboral y sus respectivos descansos, y la dificultad para la conciliación familiar.

Relaciones interpersonales/apoyo social, vinculado a las relaciones que se establecen en el entorno laboral y las condiciones en las que transcurren. Se proyectan tanto dentro de la organización como fuera de ella. Equipos de trabajo y exposición a otros riesgos. Se refiere a las máquinas, herramientas, de las que dispone el trabajador tiene en cuenta si el entorno físico en el que se encuentran es el adecuado.

2 Objetivos

1. Identificar los riesgos psicosociales en el lugar de trabajo.
2. Analizar los diferentes riesgos psicosociales inherentes a la actividad sanitaria.
3. Eliminar o, en su defecto, disminuir la carga de estrés del trabajador, para aumentar el bienestar general.

3 Metodología

Se han realizado diferentes encuestas por parte del ministerio de trabajo e inmigración y del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo el diagnóstico de la situación podrá llevarse a cabo utilizando métodos que apunten a las características de la organización.

4 Resultados

La VI Encuesta de Condiciones de Trabajo en España elaborada por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo el ochenta por ciento de los trabajadores encuestados afirmó que tenía riesgo de accidentes de trabajo –el porcentaje se eleva al setenta y cinco por ciento en el ambiente sanitario–. El análisis de las causas de accidentes (accidentes por cortes y pinchazos) reveló que las principales causas de los riesgos se debían a distracciones, falta de atención (cuarenta por ciento), ir rápido por la carga de trabajo (veinte por ciento), y al cansancio (dieciocho por ciento).

Estudios realizados en la Unión Europea (UE) han concluido que el estrés laboral es el cuarto problema más importante y supone un coste económico y social importante que sufren los trabajadores de la UE. Entorno al veinte por ciento han dicho que lo sufrían, según la Cuarta Encuesta Europea sobre Condiciones de Trabajo.

Los trabajadores de la educación, los de la sanidad, y los trabajadores de la administración pública en general, son los que en mayor proporción lo sufren. Se ha calculado que el problema costaba a la UE, a finales del siglo pasado y comienzo del siglo XXI, cuando aún estaba formada por 15 países, entorno a veinte mil millones de euros al año en concepto de tiempo perdido y gastos sanitarios.

Los factores psicosociales pueden ser favorables o desfavorables para el desarrollo de la actividad laboral y para la calidad de vida laboral del individuo. En el primer caso, contribuyen positivamente al desarrollo personal de los individuos, mientras que cuando son desfavorables tienen consecuencias perjudiciales para su salud y para su bienestar. En este caso hablamos de factores de riesgo psicosocial o fuentes de estrés laboral y tienen el potencial de causar daño psicológico, físico, o social a los individuos.

5 Discusión-Conclusión

Los que se perciben expuestos a factores de riesgo, presentan porcentajes en sintomatología adversa que los no expuestos. Estos trabajadores encuestados consideran que el trabajo está afectando a su salud. Las dolencias que estos más destacan a padecer son: dolor de espalda, cuello y el estrés. En relación con la presencia de otros síntomas, como el cansancio, las alteraciones del sueño y dolor de cabeza, son las que prevalecen con mayor rango de exposición entre la población.

El número de personas que sufren estrés en el trabajo va a ir en aumento, pues los cambios en el mundo laboral están incrementando el número de exigencias, se pide más destreza y habilidad, y mayor sobrecarga del trabajo, con una disminución de la conciliación familiar y la falta de estabilidad en el empleo. Las estadísticas indican un incremento en los problemas de salud respecto al siglo pasado.

6 Bibliografía

1. INSHT. VI Encuesta de Condiciones de Trabajo. Madrid: MTAS; 2008.
2. MTIN. Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración; 2007.

Capítulo 592

LA APLICACIÓN DE LA ERGONOMÍA FRENTE A LOS POSIBLES TRASTORNOS MÚSCULO-ESQUELÉTICOS EN EL AMBIENTE SANITARIO

JUAN MANUEL SUAREZ GONZALEZ

1 Introducción

La ergonomía es la ciencia que estudia los condicionantes que repercuten en la salud, tanto física como mental, que concurren en ámbito del personal sanitario y no sanitario, atendiendo al espacio de trabajo, ya sea la iluminación, temperatura, y ruido.

Por tanto, hay una serie de riesgos físicos, mentales y sociales, ya sea por problemas posturales, esfuerzos y/o cargas en las movilizaciones, y en algunos casos el cansancio mental, la saturación y la carga de trabajo excesiva

Por eso se producen los trastornos musculoesqueléticos (TME), que son lesiones del aparato locomotor. Afectan a la espalda, cuello, hombros y las extremidades superiores y a la cadera y rodillas en las extremidades inferiores. En el trabajo tiene unos elevados costes económicos y gran repercusión.

El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, identifica cuáles son los trastornos musculoesqueléticos más comunes que afectan a los trabajadores:

1. Tendinitis del manguito de los rotadores

Es la inflamación de los tendones de los músculos de hombro, sobretodo el manguito rotador, y se forma por sobrecarga del tendón debido a movimientos frecuentes de hombro. La inflamación crónica puede producir lesiones que provoquen un desgarro y ruptura del tendón. El dolor es el principal indicador, y crece con la elevación del brazo, rotación del hombro y transporte de cargas.

2. Epicondilitis

Una lesión debida al esfuerzo repetitivo en el movimiento y por el que se inflaman los tendones de los músculos de la cara externa del codo. El dolor suele comenzar repetición en la extensión del codo y/o muñeca.

3. Síndrome del túnel carpiano

Compresión del nervio mediano a su paso por la muñeca. Las mujeres lo padecen más y los síntomas empiezan con alteraciones de sensibilidad en los dedos. Además, puede haber sensación de calor, hormigueo y dolor en la palma producida por movimientos y posturas forzadas o golpes en la palma de la mano.

Trastornos musculoesqueléticos de la espalda

4. Lumbalgia

Contractura dolorosa de los músculos que se encuentran en la zona lumbar. Si el dolor supera los tres meses de duración, se considera lumbalgia crónica y puede causar incapacidades severas. Se genera por sobrecargas continuadas de la musculatura lumbar o posturas forzadas y en mala posición.

2 Objetivos

- Estimar la prevalencia de TME del personal en el ámbito sanitario.
- Informar sobre los riesgos en el sector sanitario para padecer patologías musculoesqueléticas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 principales riesgos encontrados en el sector sanitario tanto por profesionales sanitarios como no sanitarios son el transporte de cargas, las sobrecargas, las posiciones inadecuadas y/o forzadas, la repetición de movimientos, carga excesiva de trabajo con una gran cantidad de tiempo frente a ordenadores que fomentan el sedentarismo.

Según el INSS, el mayor factor de incapacidad temporal por enfermedad común en el sector es la lumbalgia, debido a que con los sobreesfuerzos en la movilización de enfermos y/o cargas demasiado pesadas, se producen con una mayor probabilidad, representando un sesenta por ciento de los casos registrados. Le sigue en porcentaje las posiciones inadecuadas.

Como método de prevención por parte de la administración, se procede a que el personal realice programas formativos que incluyen las técnicas biomecánicas, la correcta manipulación de pacientes y las cargas por parte de los trabajadores, y el entrenamiento en el uso de los medios mecánicos para realizar los traslados, etc.

En el caso de los trabajos de oficina, los descansos periódicos hacen que se produzca una relajación para la vista y se evita el sedentarismo, a la vez que se puede corregir una mala postura, disminuyendo en gran medida los riesgos de salud derivados de dicha actividad.

Se realizó un cuestionario en el que se tomaron los datos de diecisiete trabajadoras con una edad comprendida entre la veintena y la treintena. El total de las trabajadoras encuestadas ha experimentado dolores músculo-esqueléticos. La mayor relevancia la tiene el trastorno músculo-esquelético del cuello, con un porcentaje del noventa y cuatro por ciento, seguido de la zona lumbar con un ochenta y ocho por ciento. En los hombros los sufrieron un sesenta y cuatro por ciento. El codo, muñeca y manos el porcentaje, el porcentaje se sitúa en torno al veinte por ciento aproximadamente.

El análisis respecto a edad, puesto laboral y otras variables ambientales no arroja relación significativa.

5 Discusión-Conclusión

Existe mucha información publicada de ergonomía en este ambiente laboral, y para el personal del entorno laboral es de ayuda en el desarrollo de su trabajo. Se destaca la importancia de diseñar un lugar adecuado de trabajo atendiendo a las capacidades y características de cada trabajador, ya sea edad, sexo, etc... De

esta manera, así aseguramos una correcta organización de los equipos de trabajo y garantizamos la salud de todos sus integrantes.

Los resultados muestran que se produce una gran frecuencia de los trastornos músculo-esqueléticos en el personal laboral, siendo el cuello y las lumbares las más afectadas. No se ha podido encontrar una relación causal entre los TME y la edad, puesto actual y variables ergonómicas.

6 Bibliografía

1. Iglesias Castaño, Sofia. Gutierrez Varillas, Yaiza & Gonzalez Suarez, Almudena. Revista Ocronos. Vol. V. Nº 11–Noviembre 2022. Pág. Inicial: Vol. V; nº 11: 56-2. Internet.Citado el 14 de octubre
2. <https://www.quironprevencion.com/blogs/es/prevenidos/cinco-trastornos-musculoesqueleticos-comunes.18/07/2018>.
3. <http://www.ergonomos.es>.
4. <https://www.insst.es>.

Capítulo 593

EL CELADOR Y EL TRASLADO DE PACIENTES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO EN SILLA DE RUEDAS

MARIA SATUE GABALDON

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ VALERA

ALEJANDRA RESTA SÁNCHEZ

MARIA JOSEFA HERREROS CALERO

ROSA MONTERO NÚÑEZ

1 Introducción

El celador es una de las primeras figuras que un paciente se encuentra dentro del ámbito hospitalario, nada más pisar un hospital, es esta figura la que ayudará a encontrar el área clínica al individuo que la busca. Les acompañará y prestará sus servicios transportando al individuo en silla de ruedas, cama o camilla si es necesidad del individuo o ayudando si lleva muletas, bastón, andador, etc.

Las ocupaciones del celador están establecidas en el artículo 14 .2 de personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la seguridad social. Este instituto se expresa en una orden del ministerio de trabajo del 5 de julio de 1971 (publicado en el B.O.E. del 22 de julio de 1971). Aunque se ha promulgado el nuevo Estatuto Marco que afecta a todo el personal estatutario del

Sistema Nacional de Salud (Ley 55/2003, de 16 de diciembre) dice, que el celador tiene a su cargo el traslado de enfermos tanto dentro de la institución como en el servicio de ambulancias.

El celador está totalmente formado para el traslado de pacientes en silla de ruedas, cama y camilla, atendiendo y haciendo caso de los protocolos establecidos para su procedimiento.

2 Objetivos

- Describir el procedimiento de traslado en silla de ruedas 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: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El traslado de pacientes dentro del ámbito hospitalario es una acción reiterada, el celador repite continuamente esta acción a lo largo de sus turnos de trabajo. La herramienta de transporte va a depender del estado de salud del paciente, este traslado puede ser en silla de ruedas, en cama, o en camilla, de cualquier modo el celador avisa y explica en todo momento al paciente, el procedimiento del traslado, el recorrido y el lugar donde va a llevar al paciente.

Cuando hay la necesidad de trasladar a un paciente, llaman al celador de planta avisando que tiene que realizar esta acción y con qué herramienta debe trasladar al individuo.

El celador siempre comprobará la identidad del paciente y procederá a la acción, este es un traslado en silla de ruedas, colocará la silla de ruedas, en un lateral de la cama, con el reposabrazos y los reposapiés subidos, subiendo el respaldo de esta y bajando la cama hasta la altura del asiento de la silla de ruedas, frenando la silla y una vez se sienta al paciente se bajarán los reposapiés y el reposabrazos,

acomodando al individuo, entonces se lleva a cabo el traslado, empujando la silla por detrás del paciente.

Cuando se entra a un ascensor el celador entra primero impulsando la silla de espaldas a la puerta del ascensor, si se puede se girará la silla dentro del ascensor y saldrá primero el celador tirando de la silla de espaldas.

Para subir una rampa el celador empujará la silla desde detrás subiendo el paciente, la rampa de frente, para bajar la rampa lo hará en primer lugar el celador, bajando de espaldas tanto el celador como el paciente, esta acción evita caídas de pacientes. La entrada a centros con puertas abatibles, el celador se adelantará entrando primero y de espaldas tirando de la silla hacia dentro con el paciente también de espaldas.

5 Discusión-Conclusión

La figura del celador, a pesar de no ser personal sanitario, es de vital importancia dentro del ámbito hospitalario, este trabajador tiene una labor y funciones que ayudan a mantener el orden y la flexibilidad con el transporte de pacientes de un hospital.

Esta rama de trabajadores que prestan sus labores al servicio de instituciones sanitarias, trabajan de manera organizada y de forma ordenada, asegurando un buen funcionamiento del centro, este personal es fundamental y forma parte todos los centros hospitalarios por la importancia de la labor que desempeña y la garantía del buen hacer de sus funciones, que facilitan el trabajo del resto de componentes del centro hospitalario.

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 594

EL CELADOR EN LA UNIDAD DE PARITORIO

CARLOS MARTÍNEZ AGUSTÍN

ZACARÍAS GARCÍA MONTEAGUDO

CYNTHIA MARIA ZAMORA JALDO

JOSE ANTONIO NÚÑEZ ALCANTUD

SANDRA GARCÍA MONTILLA

1 Introducción

La especialidad médica de obstetricia y ginecología se encarga de aparato genital femenino, y concretamente su división de obstetricia, es aquella especialidad que estudia, maneja y trata aquellos procesos patológicos que puedan acontecer a la mujer en durante el embarazo, parto y postparto.

El paritorio es el área del hospital la cual está acondicionada para llevar a cabo los partos. Se encuentra generalmente dentro de la planta de obstetricia, y en ella trabajan multitud de personal.

La medicina moderna aboga por el parto medicalizado, esto es, un parto que tiene lugar en un centro hospitalario, atendido por médicos especialistas, con monitorización fetal y materna continua, control del dolor materno, y disponibilidad de quirófano, uci, equipo de reanimación pediátrica, etc., que serían utilizados en caso de la aparición de complicaciones intraparto. En los llamados partos natu-

rales o en casa no se cuenta con todo esto, y si las complicaciones se presentan el desenlace puede ser fatal para la madre o para el neonato.

De todo esto se puede deducir que el paritorio de un hospital es un área compleja, llena de profesionales de diferentes categorías que hacen posible que un acontecimiento vital tan importante como es el hecho de traer al mundo una vida suceda de la manera más tranquila y con las menores complicaciones posibles.

En el presente texto se analizarán las funciones que lleva a cabo el celador en el servicio de paritorio.

2 Objetivos

- Desarrollar brevemente de qué tratan las funciones que el celador lleva a cabo en el paritorio.

- Poner en valor el trabajo que realiza el celador en esta unidad, necesario para su correcto funcionamiento.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente texto, se ha llevado a cabo un proceso de documentación en la red consistente en la búsqueda en diferentes plataformas de información científica, como el motor de búsqueda Pubmed, que accede a la base de datos Medline, utilizando palabras clave como “celador”, “laboratorio”, “investigación”, y utilizando el límite “spanish” para descartar así los artículos que no estén en español y obtener un número de resultados mucho más manejable. También se ha utilizado el motor de búsqueda Google para encontrar artículos y otras páginas útiles.

A continuación, se ha llevado a cabo una revisión ordenada de la bibliografía obtenida y se han seleccionado los artículos de publicaciones académicas revisadas que han resultado de mayor interés y calidad para la realización de este trabajo.

Finalmente, se ha extraído la información de interés para elaborar este trabajo y exponer los objetivos de forma breve y concisa.

4 Resultados

La unidad de paritorio no es un área de hospitalización y no existen en ella horarios de visita, sino que la mujer está acompañada en todo momento por el

acompañante que ella misma ha elegido. El paritorio es un área compleja del hospital que suele estar conformada por varias partes, entre las que encontramos: un área de quirófano, para la realización de cesáreas o cirugías ginecológicas en caso de complicaciones maternas, salas de exploración y de analgesia epidural, habitaciones de dilatación individual con baño y camas multiposición, salas de lactancia y puerperio, etc.

A continuación, se expondrán las funciones que desarrollará el celador en esta unidad.

El celador trasladará a las pacientes embarazadas en silla de ruedas o en camilla a la unidad de paritorio, bien desde el área de urgencias o desde otras áreas de hospitalización, si es que la mujer se encontraba ya ingresada previo al inicio del parto, así como toda la documentación necesaria para su identificación, como pueden ser historias clínicas, documentos de consentimiento informado, etc.

Si se hace necesario trasladar un recado o una orden verbal, será el celador quien la transmita al profesional correspondiente de forma rápida y eficiente.

El celador transportará todo el aparataje médico, inmobiliario y dispositivos médicos que puedan ser utilizados en área de paritorio, como ecógrafos, camillas multiposición, etc.

El celador transportará al paritorio aquellos elementos de farmacia pesada, como lo son las cajas que contienen las bolsas de suero, yodo y otros antisépticos tópicos, etc.

El celador también se encargará de recoger las jaulas llenas de ropa sucia al final del día y trasladarlas a lavandería.

El celador velará por el orden en el área de paritorio, evitando la entrada a esta zona a personal no autorizado.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto a lo largo del presente texto, el embarazo y es un proceso muy complejo que ha de ser seguido por profesionales de la salud, y especialmente el parto, atendido en un ambiente hospitalario que cuente con la tecnología médica para poder solventar complicaciones en la medida de lo posible, esto es el paritorio, pues un parto en el que de repente aparecen complicaciones, muchas de ellas impredecibles, puede desencadenar en una desgracia, sobre todo cuando no se cuenta con un equipo médico.

En el paritorio se coordina el trabajo de multitud de profesionales, tanto sanitarios como no sanitarios, entre los que encontramos obstetras, personal de enfermería, auxiliares, celadores, personal de limpieza y mantenimiento, etc. El celador

con su labor contribuye al funcionamiento correcto del área de paritorio.

6 Bibliografía

1. Funciones del CELADOR en MATERNIDAD | FisioStar. (n.d.). Retrieved July 16, 2023, from <https://fisiostar.com/celador/funciones-del-celador-en-maternidad>
2. ▷ El celador y la paciente embarazada - Ocronos - Editorial Científico-Técnica. (n.d.). Retrieved July 16, 2023, from <https://revistamedica.com/celador-pacienteembarazada/>

Capítulo 595

COMPETENCIAS DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA

CARLOS MARTÍNEZ AGUSTÍN

ZACARÍAS GARCÍA MONTEAGUDO

CYNTHIA MARIA ZAMORA JALDO

JOSE ANTONIO NÚÑEZ ALCANTUD

SANDRA GARCÍA MONTILLA

1 Introducción

Si nos remontamos a épocas anteriores a la medicina moderna, en la que no se contaba con amplio arsenal tecnológico y terapéutico que existe hoy en día, apreciaremos que las posibilidades diagnósticas quedaban ampliamente reducidas, pues muchas veces la mayor fuente de información sobre el estado del paciente proviene de una radiografía, un tac, o una resonancia magnética.

En tiempos en los que no existía la posibilidad de realizar estas pruebas, la medicina trabajaba en cierto modo “a ciegas” y, aunque existían formas rudimentarias para intentar intuir que estaba sucediendo en el interior de un cuerpo que no podemos observar de forma directa, la medicina no avanzó de forma sustancial hasta que no se perfeccionaron sistemas que permitían observar el cuerpo humano in vivo.

Si bien es cierto destacar la importancia de la entrevista con el paciente y la exploración física, en ocasiones una prueba complementaria de imagen resulta

esclarecedora para llegar al diagnóstico o para trazar el proceso terapéutico, por ejemplo, cuando a través de una radiografía de tórax observamos focos de neumonía o cuando un TAC o resonancia magnética permiten delimitar la extensión de un tumor y orientar así la técnica quirúrgica posterior.

Por todo ello, hoy en día todos los hospitales cuentan con un servicio de radiología que a su vez sirve al resto de especialidades, y en el que trabajan multitud de profesionales. En el presente texto se explicará la labor del celador en el servicio de radiología.

2 Objetivos

-Enumerar las funciones que el celador realiza en el servicio de radiología.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente texto, se ha llevado a cabo un proceso de documentación en la red consistente en la búsqueda en diferentes plataformas de información científica, como el motor de búsqueda pubmed, que accede a la base de datos Medline, utilizando palabras clave como “celador”, “radiología”, “radio-diagnóstico”, y utilizando el límite “spanish” para descartar así los artículos que no estén en español y obtener un número de resultados mucho más manejable. También se ha utilizado el motor de búsqueda Google para encontrar artículos y otras páginas útiles.

A continuación, se ha llevado a cabo una revisión ordenada de la bibliografía obtenida y se han seleccionado los artículos de publicaciones académicas revisadas que han resultado de mayor interés y calidad para la realización de este trabajo.

Finalmente, se ha extraído la información de interés para elaborar este trabajo y exponer los objetivos de forma breve y concisa.

4 Resultados

Desde la aparición de la primera máquina de rayos X, muy rudimentaria, poco eficiente energéticamente y que además dispersaba en exceso la radiación, haciendo que tanto el profesional de la salud como el paciente recibiesen más radiación de la necesaria; hasta hoy, las técnicas y máquinas utilizadas por el servicio de radiología han sido perfeccionadas, permitiendo un uso más seguro y eficiente. Por

ejemplo, el uso de colimadores permite focalizar el rayo en la zona deseada y que el resto de del cuerpo no reciba radiación, o las nuevas secuencias de resonancia magnética permiten eliminar la señal grasa o detectar cambios en la difusión de los tejidos, muy útil en los accidentes cerebrovasculares.

A continuación, se expondrán las funciones que son competencia del celador en el servicio de radiología.

El celador será el encargado del transporte de los pacientes hacia el servicio de radiología, bien en silla de ruedas desde urgencias, o en camilla si están ingresados y necesitan una prueba de imagen complementaria. También trasladará el celador toda la documentación médica que pueda ser necesaria, como la historia clínica del paciente, volantes, etc.

Cuando sea necesario, el celador ayudará al técnico de imagen en pequeñas tareas como puede ser el correcto posicionamiento del paciente.

El celador se encargará del transporte de mobiliario, camillas, aparataje médico, como ecógrafos o máquinas de rayos x portátiles, dentro y fuera del servicio de radiología, cuando así se le solicite.

Si fuera necesario comunicar un recado u orden verbal, será el celador quien lo transmita al profesional o servicio del hospital pertinente de forma eficiente.

El celador procurará el orden en las salas de espera mandando silencio cuando la situación lo requiera y controlará el paso de personal no autorizado a zonas restringidas del servicio de radiología.

5 Discusión-Conclusión

A lo largo del texto se ha expuesto como el desarrollo de la radiología ha sido un hito en el avance de la medicina, y como este servicio actúa como un servicio consultor que nutre a la totalidad de especialidades médicas, las cuales, necesitan de pruebas de imagen en menor o mayor medida para desempeñar su función clínica. En el servicio de radiología trabajan facultativos, especialistas de radio-diagnóstico, técnicos de rayos, enfermeros, auxiliares de enfermería, personal administrativo, personal de limpieza y mantenimiento, celadores, etc. El celador contribuye con su trabajo a que un servicio tan fundamental como es el servicio de radiología funcione de forma correcta.

6 Bibliografía

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

3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 596

EL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DURANTE EL INGRESO DE UN PACIENTE EN LA UNIDAD

CARLOS MARTÍNEZ AGUSTÍN

ZACARÍAS GARCÍA MONTEAGUDO

CYNTHIA MARIA ZAMORA JALDO

JOSE ANTONIO NÚÑEZ ALCANTUD

SANDRA GARCÍA MONTILLA

1 Introducción

El ingreso en las unidades de cuidados intensivos (UCI) generales se produce a través de las siguientes modalidades:

- Ingreso desde el servicios de urgencias del centro hospitalario.
- Ingreso desde el bloque quirúrgico del centro hospitalario.
- Ingreso desde una planta de hospitalización del centro hospitalario.
- Traslado desde otro centro hospitalario a través de una unidad de vigilancia intensiva (UVI) móvil.

En las unidades de cuidados intensivos coronarias, es decir dónde ingresan los pacientes con problemas de corazón, los ingresos se producen a través de las siguientes modalidades:

- Ingreso desde el servicios de urgencias del centro hospitalario.
- Ingreso desde el bloque quirúrgico del centro hospitalario.
- Ingreso desde la unidad de hemodinámica del centro hospitalario.
- Ingreso desde la planta de hospitalización de cardiología del centro hospitalario.
- Traslado desde otro centro hospitalario a través de una UVI móvil.

Mientras que, en las unidades de cuidados intensivos pediátricas, es decir, dónde son ingresados los pacientes pediátricos que requieren de atenciones específicas debidas a su delicado estado de salud, los ingresos se producen a través de las siguientes modalidades:

- Ingreso desde el servicios de urgencias pediátricas del centro hospitalario.
- Ingreso desde el bloque quirúrgico del centro hospitalario.
- Ingreso desde la planta de hospitalización de pediatría del centro hospitalario.
- Traslado desde otro unidad pediátrica a través de una UVI móvil.

2 Objetivos

- Describir las funciones realizadas por el celador durante el ingreso de un paciente en una unidad de cuidados intensivos.
- Resaltar la importancia de la figura del celador durante los ingresos en las unidades 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 este capítulo científico dedicado a las funciones de los celadores durante el ingreso de un paciente en las unidades de cuidados intensivos de las instituciones sanitarias, se procederá a detallar el ingreso de un paciente adulto en las unidades de cuidados intensivos generales.

En el momento en que se da el aviso de que se va a producir un ingreso en la unidad, la primera función que debe desarrollar el celador es:

- Preguntar la cama que va a ocupar el paciente para prepararla.

El celador sacará la cama de la unidad para posicionarla en la entrada de la unidad donde se producirá el traspaso del paciente de la camilla de urgencias a la cama hospitalaria de la unidad, en el caso que venga desde el servicio de urgencias.

Si el paciente acude desde otra unidad de la institución, se traspasará desde la propia cama del paciente hasta la cama de la UCI.

Si el traspaso del paciente no se debe realizar en bloque porque el paciente es un politraumatizado, se empleará el transfer para facilitar el traspaso y no dañar al paciente.

- Posicionar la cama en el lugar de destino.

Una vez el paciente ha sido traspasado a la cama de la uci y cuando el equipo médico lo indique, el celador trasladará al paciente a su unidad de destino, enchufando el cable de la cama en los interruptores y posicionando el plano de la cama como le indique el equipo médico.

- Trasladar muestras biológicas.

Una de las primeras actuaciones que se realizan al paciente es la extracción de analítica y de pruebas cruzadas por si fuera necesario la trasfusión de sangre.

El celador será el encargado de trasladar estas muestras en la mayor brevedad posible.

- Movilizar al paciente.

Una vez el paciente ha sido estabilizado por el equipo médico y de enfermería se proporcionará al paciente la mayor comodidad posible dentro de sus posibilidades, por lo que se movilizará al paciente para ello. El trabajo en UCI se hace de manera conjunta, por lo que la movilización será realizada por todo el equipo.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El celador en la unidad de cuidados intensivos durante el ingreso de un paciente en la unidad. Funciones del personal subalterno” nos demuestran las funciones realizadas por los celadores durante los ingresos.

Los ingresos en las unidades de cuidados intensivos son unas situaciones en las que se acumula mucho estrés debido a la tensión de estabilizar al paciente en el menor tiempo posible. Es por ello, por lo que los celadores deberán mantener la calma y responder a cada petición del equipo médico o de enfermería que se están ocupando del paciente que ha ingresado, realizando dichas peticiones con la mayor brevedad posible, puesto que de ello puede depender la vida del paciente.

6 Bibliografía

1. Aguilar,M.C, Garrido, J.M, Haro, M.C. El celador en la unidad de cuidados críticos. España. Formación continuada logoss. 2013.
2. Castilla-La Mancha, SESCOAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.
3. GARRIDO, J.M. El celador en quirófano. España. Formación continuada Logoss. 2013.

Capítulo 597

EL CELADOR ANTE EL TRASLADO Y LA MOVILIZACIÓN DE LOS PACIENTES

DOLORES MOROTE BONIFACIO

LUIS NAVARRO DE LA VEGA

JESÚS MEDINA SÁNCHEZ

NATIVIDAD GÓMEZ VALERO

ALEJANDRO MARÍN FERNANDEZ

1 Introducción

Los pacientes que presentan cualquier tipo de enfermedad y acuden a los centros hospitalarios, estos tienen disminuidas sus capacidades a causa de sus enfermedades, por lo que moverse por sí solos es complicado, necesitan la ayuda tanto de celadores como de técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

La movilización de los pacientes no se puede realizar de cualquier manera, sino que hay que seguir un orden para así evitar hacerle daño tanto a los pacientes, como hacerse daño los celadores, que se encargan de realizar la movilización.

Los movimientos que más se le suele hacer a un paciente es el traslado de una unidad a otra dentro del hospital, ya sea para realizarle distintas pruebas o para cambiarlo de planta de hospitalización, este tipo de movilizaciones se pueden realizar o bien con ayuda de una camilla, cama o de una silla de ruedas dependiendo del estado en el que se encuentre el paciente, y si el paciente colabora o no.

Otro tipo de movilizaciones que debe de conocer el celador son los cambios posturales, estas movilizaciones consiste en realizarle los cambios de postura cada 3 o 4 horas para evitar que le salgan úlceras por presión, este tipo de movilizaciones se les realizan a los pacientes que no pueden moverse por sí solos o pacientes que están graves.

2 Objetivos

- Describir los tipos de movilizaciones que puede realizar un celador a un paciente que se encuentra ingresado en una planta de hospitalización.

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 detalla cuáles son los protocolos a seguir por un celador a la hora de realizar la postura corporal del paciente encamado:

- Lo primero de todo es la preparación del área donde se va a trabajar, es decir, quitar los elementos que puedan entorpecer nuestra acción.
- Procurar a la hora de realizar cualquier tipo de esfuerzo que este se realice con los músculos mayores y más fuertes como son los muslos y las piernas.
- A la hora de realizar cualquier tipo de movilización al paciente, el celador se deberá de acercar lo máximo posible a la cama del enfermo para que el esfuerzo sea el menor y la columna vertebral que se encuentre erguida.
- Es aconsejable en lugar de levantar, deslizar y empujar.
- Cuando sea posible, debe de actuar con más de una persona, es aconsejable que sea celador y técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

*Movimiento del paciente en el borde de la cama:

- Frenaremos la cama y la colocaremos en posición horizontal, se procederá a la retirada de almohadas y se destapa al paciente.

- Nos colocaremos en el lado de la cama hacia el que queremos desplazar al paciente y colocaremos el brazo más próximo de los enfermos sobre su tórax.
- El celador pasará su brazo debajo de la cabeza y el cuello hasta el más lejano con el otro brazo, agarraremos, bajo su cuerpo, agarrando la zona lumbar.

***Transporte mediante la camilla:**

Cuando el paciente lo requiera y el tipo de desplazamiento lo requiera, el transporte del paciente para la realización de algún tipo de prueba se ha de realizar o bien mediante la propia cama, camilla o silla de ruedas. Si para su traslado es necesario la utilización de la camilla, esta se colocará paralela a la cama y posteriormente se le pondrá el freno. Si el paciente puede desplazarse con la ayuda de dos o tres personas, las cuales colocaran los brazos de paciente su tórax y le sujetaran colocándole uno de los brazos, el cuello y el otro bajo su bajo los hombros.

***Transporte mediante la silla de ruedas:**

Procederemos a colocarla frenada, en paralelo a los pies de la cama, sentaremos al paciente en la orilla de la misma, colocándose el celador frente a él. Procederemos a sujetarle de la cintura ayudándole a bajar de la cama, el celador le desplazará lateralmente hasta sentarlo en la silla.

5 Discusión-Conclusión

La figura del celador en las plantas de hospitalización como en el resto de las unidades de un hospital es de gran importancia, ya que los celadores son los encargados de llevar al paciente o bien con la silla de ruedas o bien con una camilla, para que se pueda hacer las diferentes pruebas para el diagnóstico de su enfermedad o bien para un seguimiento antes de que el médico facultativo entregue el informe de alta, y pueda terminar de recuperarse en su casa. El celador deberá de saber como se debe de hacer el transporte de un paciente bien en silla de ruedas como en una camilla, ya que son los encargados de dicho transporte. 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 598

LOS CELADORES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) Y SUS FUNCIONES CON PACIENTES

FRANCISCO JAVIER VÉLEZ SANTIAGO

ISMAEL SÁNCHEZ DE LAS HERAS

BRICIO JIMÉNEZ ESCOBAR

SUSANA NAVARRO MORENO

ALBERTO MARTIN CASTILLEJOS

1 Introducción

El servicio de la unidad de cuidados intensivos (UCI) deberá tomar una serie de precauciones especiales y particularidades en su proceder que atiendan al estado de salud generalmente frágil de los pacientes. El objetivo principal de esta unidad es brindar a los reclusos atención médica integral en un entorno con estrictos controles ambientales. Debido a todos estos factores, el celador que trabaja en la unidad de cuidados intensivos necesitará instrucción cuidadosa en la práctica de cambios posturales porque la salud de los pacientes ya está comprometida cuando están allí. Su manipulación requiere extrema precaución porque incluso el más mínimo movimiento podría tener efectos perjudiciales en el estado físico general del recluso. El uso correcto del equipo médico que el celador que lo porte esté obligado a utilizar en el desempeño de sus funciones en la unidad de cuidados

intensivos es igualmente importante a lo señalado en el párrafo anterior. En tal escenario, debemos comprender eso. El riesgo de introducir patógenos que puedan dañar a los pacientes debe reducirse al mínimo cuando se alojan pacientes en estado crítico. En este sentido, es importante recalcar la exigencia urgente del uso de batas asépticas siempre que haya contacto directo con el paciente, así como la necesidad de seguir meticulosamente el protocolo de desinfección.

2 Objetivos

Resaltar las diversas tareas que realiza el celador en la unidad de cuidados intensivos, así como las precauciones de seguridad que se deben tomar allí debido a la precaria salud de los pacientes.

3 Metodología

Para el desarrollo de este capítulo se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica existente. Se realizó una búsqueda sistemática de libros y se cruzaron artículos de las principales bases de datos Pubmed, Medline y Scielo con artículos seleccionados.

4 Resultados

En la unidad de cuidados intensivos consiste en coger, mirar detenidamente cada tratamiento específico y utilizar los materiales adecuados para la atención de los pacientes que estén en un estado grave y necesiten una atención intensa y seguida. Los celadores que están situados en esta planta tienen que estar preparados y con los conocimientos desarrollados para una correcta manera de actuar. La unidad de cuidados intensivos del hospital es un lugar con muchas características únicas, como predijimos en la introducción. Una situación que puede explicarse teniendo en cuenta su estado crítico están las personas que lo utilizan, que suelen tener patologías complicadas que ponen en peligro su vida y necesitan un cuidado mucho más minucioso que los pacientes típicos. Debido a que estos pacientes necesitan un control constante y minucioso de sus signos vitales, así como una atención integral ininterrumpida, veremos una verdadera demostración del trabajo coordinado de los distintos médicos especialistas las 24 horas del día en la unidad de cuidados intensivos. El riesgo aumenta cuando tenemos ante nosotros

pacientes en un estado tan delicado y las consecuencias de contraer una infección empeoran exponencialmente, un problema que afectará el comportamiento de todo el personal.

Esta área debe mantenerse higiénica y los materiales utilizados para construirla deben ser apropiados. Cuando se habla específicamente del celador, es crucial que cumpla estrictamente con el protocolo de asepsia, lo que requerirá que siempre esté debidamente uniformado y siga las reglas.

Cada vez que ingresa a la unidad de cuidados intensivos, usa el baño. En este punto, cabe recalcar que es obligatorio utilizar el equipo de protección adecuado en respuesta a las patologías de cada paciente cuando el celador necesita moverse o cambiar su postura.

Interna, debe realizarla con sumo cuidado para no obstruir los soportes que requieren y debe mantener una higiene continua para prevenir posibles infecciones nosocomiales en pacientes vulnerables.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores cumplen funciones específicas que están respaldadas por estatutos legales; estas bases legales están contenidas en los manuales de procedimientos de atención primaria utilizados por las redes hospitalarias. En consecuencia, tienen un papel claramente definido en relación con el personal de enfermería y los auxiliares de enfermería que actúan en la unidad de cuidados intensivos.

En el caso de los celadores es aconsejable que mantengan actualizados los conocimientos y reciban formación continua, mencionados para llevar a cabo las correspondientes ocupaciones propias, delegadas y de equipo.

Los miembros del personal de la unidad de cuidados intensivos deben actuar con rapidez cuando atienden a pacientes que tienen tendencia a la inestabilidad, por lo que siempre deben estar atentos a cooperar con las órdenes.

6 Bibliografía

-www.google.com
-www.revistamedica.com

Capítulo 599

EL CELADOR CON PACIENTES PORTADORES DE DRENAJES TORÁCICOS

FRANCISCO JAVIER VÉLEZ SANTIAGO

ISMAEL SÁNCHEZ DE LAS HERAS

BRICIO JIMÉNEZ ESCOBAR

SUSANA NAVARRO MORENO

ALBERTO MARTIN CASTILLEJOS

1 Introducción

Este trabajo presenta los pacientes que se encuentran hospitalizados con dificultades para tener una adecuada expansión pulmonar, que necesitan la colocación de drenajes torácicos, los cuales les permitan liberar o drenar de la cavidad pleural, la existencia de líquido, aire o sangre excesiva.

Los drenajes torácicos cuentan con dos partes:

- Catéter o tubo torácico. Dicho elemento es un tubo estéril que puede ser de plástico o látex, el cual es colocado por un profesional médico en el bloque quirúrgico o en la unidad de cuidados intensivos.

Existe un gran número de variedades de catéter dependiendo de varios tamaños, el cual depende de la sustancia que debe ser drenada.

Dichos catéteres son tapados con apósitos en su entrada en la piel del paciente.

- Sistema cerrado de drenaje torácico. Dentro del ámbito sanitario se pueden encontrar dos modalidades de sistema cerrado de drenaje torácico.

En la actualidad, es utilizado un dispositivo el cual tiene de dos a tres cámaras y válvulas que permiten el drenaje de las sustancias que se quieren liberar.

Anteriormente, el sistema cerrado de drenaje utilizado era el del uso de dos o tres botellas independientes, pero conectadas entre sí, que creaban el vacío necesario que permitía el drenaje de las sustancias.

2 Objetivos

Dar a conocer el procedimiento de actuación durante la movilización de pacientes portadores de drenajes torácicos por parte del celador.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los celadores forman parte del equipo asistencial de los pacientes con drenajes torácicos, encargándose de la movilización de este tipo de pacientes. Será función exclusiva del celador la movilización del paciente con la ayuda del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería, pero siempre bajo las órdenes y supervisión del enfermero responsable del paciente.

Hay que tener especial cuidado de los drenajes torácicos durante la movilización del paciente, es por ello que será importante que todo el equipo profesional que intervenga durante la movilización siga unas pautas de actuación.

Pautas de actuación durante la movilización de pacientes portadores de drenajes torácicos:

- Se deberán controlar todos los drenajes antes de la movilización y vigilar exhaustivamente durante la movilización. Es de vital importancia que no salga ningún líquido de los frascos o botellas.

- Tener vigilado el tubo que conecta con la piel del paciente e impedir que se doble o se pince durante la movilización. El pinzamiento del tubo puede suponer una consecuencia muy peligrosa, como puede ser la creación de un neumotórax al impedir la salida del aire.
- No dar tirones al tubo durante la movilización, ya que se encuentra unido a la piel del paciente con esparadrapo, gasas, apósitos y puntos de seda, y un tirón puede provocar la extracción del tubo.
- Si durante la movilización del paciente el tubo se extrae de la piel del paciente, se llamará inmediatamente al equipo médico, mientras que se presiona la zona de inserción del catéter con gasas llenas de vaselina.
- Si durante la movilización se desconecta el tubo del sistema cerrado de drenaje, se colocará de nuevo inmediatamente y se sellará rápidamente con esparadrapo. Una vez sellado, se pedirá al paciente que tosa para eliminar el aire que ha entrado en sus pulmones.
- El sistema de drenaje debe permanecer a una altura inferior del paciente, por lo que no se podrá colocar por encima de la barandilla de la cama.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación llevada a cabo en este trabajo, se confirma que la importancia de seguir unas pautas de actuación durante la movilización de pacientes portadores de drenajes torácicos, ya que una mala movilización, un tirón del tubo y su extracción o una simple actuación accidental involuntaria, es muy peligroso para el estado clínico del paciente, puesto que puede sufrir neumotórax.

Es por ello, que todo el equipo responsable de la movilización del paciente deberá actuar siguiendo las órdenes del enfermero o médico responsable del paciente, mientras estos controlan el tubo durante la movilización.

6 Bibliografía

1. Aguilar, M.C, Garrido, J.M, Haro, M.C. El celador en la unidad de cuidados críticos. España. Formación continuada logoss. 2013.
2. Cordón, F., Garrido, J.M, Torres, A. El celador ante el paciente geriátrico. España. Formación continuada logoss. 2013. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición2021. 1703.
3. Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.

4. Rodríguez, F., Castro, A. El celador en cuidados paliativos. España. Formación continuada logoss. 2018.
5. www-rae.es.

Capítulo 600

EL PAPEL DEL CELADOR DENTRO DE UN HOSPITAL DE DÍA

NATIVIDAD GÓMEZ VALERO

DOLORES MOROTE BONIFACIO

LUIS NAVARRO DE LA VEGA

JESÚS MEDINA SÁNCHEZ

ALEJANDRO MARÍN FERNANDEZ

1 Introducción

Dentro del hospital nos encontramos la unidad de hospital de día. En el hospital de día acuden los pacientes que son diagnosticados de cáncer para que aquí se le pueda realizar el ciclo de quimioterapia. En esta unidad encontramos unos sillones y unos boxes que contienen unas camillas independientes, dependiendo como se encuentre el paciente lo podrán o bien en una cama o bien en un sillón. Los pacientes que son diagnosticados de cáncer son pacientes que se encuentran muy débiles y cuentan con las defensas del sistema inmunológico bajas, al estar recibiendo el tratamiento de quimioterapia al ser un tratamiento tan fuerte.

El personal por el que está compuesto un hospital de día es el siguiente: celadores, enfermería, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), y un médico facultativo de oncología.

Un hospital de día es lo más parecido a la unidad de cuidados intensivos (UCI), está formado por un mostrador de forma circular, es decir, que la persona que se

encuentre en el mostrador está viendo en todo momento como se encuentran los pacientes, y en caso de que algún paciente se empiece a encontrar peor este será visto por el personal que se encuentra en el mostrador.

2 Objetivos

Desarrollar las funciones que debe de realizar un celador que se encuentra en el hospital de día.

3 Metodología

Para poder elaborar este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica y se han consultado diferentes artículos y revisiones bibliográficas, siguiendo una serie de pasos consistentes para poder buscar la información tanto en libros como en diferentes tipos de artículos de publicaciones que han sido revisadas anteriormente.

4 Resultados

La figura del celador dentro del hospital de día es de gran importancia, ya que la presencia del celador tiene que ser constante, los pacientes que se encuentran en dicho hospital son pacientes que tienen las defensas muy bajas y pueden desestabilizarse en cualquier momento y necesitan una actuación de urgencia por parte de todo el personal sanitario. El celador solamente podrá abandonar el hospital de día cuando trasladar las muestra y equipos a otros servicios que se lo haya ordenado o supervisión o el personal sanitario.

Los pacientes que se encuentran en el hospital de día, estos acuden de su domicilio o de la unidad de planta oncológica para que puedan administrarle el tratamiento, para poder curarse.

Normalmente los pacientes que vienen de su lugar de residencia, estos pacientes suelen ser independientes, pero los pacientes que vienen de la planta de hospitalización oncológica estos bajan o en silla de ruedas o en su propia cama.

Cuando el paciente acude por la mañana al hospital de día, se le realizara una analítica de sangre y se le tomara una muestra de orina, que posteriormente el celador deberá de bajarla a la unidad de laboratorio para que la analicen y dependiendo del resultado que de se le pude administrar el tratamiento o no.

En caso de que el médico facultativo de oncología diga que se le debe de realizar una prueba, ya sea una radiografía, ultrasonidos o un Tac (tomografía computarizada), el celador lo llevara para que se le realice este tipo de pruebas.

Los celadores que, trabajando dentro del hospital de día, ayudara al técnico en cuidados auxiliares de enfermería para acomodar al paciente y ponerlo en la posición que más cómodo se encuentre, ya sea o bien en sillón o en cama. También colabora a la realización de los cambios posturales de los pacientes que se encuentren encamados, ayudando al técnico en cuidados auxiliares de enfermería, en la colocación de cuñas o de botellas los pacientes cuando los pacientes lo necesiten.

5 Discusión-Conclusión

La figura del celador dentro de un hospital de día, es de gran importancia, ya que son pacientes que pasan temporadas bastante largas yendo a que les pongan el tratamiento, los celadores que trabajen en estos servicios deben de tener empatía, no solamente con el paciente, sino también con el familiar que los acompaña, ya que son pacientes que demandan atención constantemente.

El buen conocimiento y los protocolos a seguir esto hace que los celadores crezcan laboralmente.

Cada vez es más habitual que haya más pacientes que tengan que ir al hospital de día, para que se le administre la medicación, ya que cada vez los casos de cáncer se ven aumentados, y los pacientes cada vez son más jóvenes.

6 Bibliografía

1. https://es.m.wikipedia.org/wiki/Hospital_de_d%C3%Ada
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 601

LA FIGURA DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

JESÚS MEDINA SÁNCHEZ

NATIVIDAD GÓMEZ VALERO

DOLORES MOROTE BONIFACIO

LUIS NAVARRO DE LA VEGA

ALEJANDRO MARÍN FERNANDEZ

1 Introducción

Dentro del hospital nos encontramos el bloque de las unidades de cuidados intensivos (UCI), es una de las partes más importantes de todo el hospital, ya que esta área se dedica al cuidado intensivo de los pacientes adultos, que su vida corre peligro, por lo cual necesitan una atención médica especializada y constante. Este tipo de unidades están diseñadas para proporcionarle un nivel más alto de atención médica, por lo cual el paciente está conectado a monitores, en los cuales les miden la frecuencia cardíaca, los niveles de oxígeno en sangre, etc. La figura del celador en UCI, es uno de los servicios más complicados que hay no por el trabajo, sino por el continuo estrés con el que se está trabajando, ya que no todos los celadores pueden estar en el servicio de la unidad de cuidados intensivos (UCI),

Las funciones del celador de la UCI son de gran importancia, en comparación con los otros tipos de funciones que puede realizar un celador, por ejemplo en el área de hospitalización común, ya que en este tipo de unidades está reservada para pacientes que requieren especial atención y están expuestos a un alto riesgo de que en algún momento cesen sus funciones vitales.

2 Objetivos

Desarrollar de manera detallada cuáles son los tipos de funciones que realiza un celador dentro de la unidad de cuidados intensivos (UCI).

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

Dentro de la unidad de cuidados intensivos (UCI), nos encontramos con el siguiente personal tanto sanitario como no sanitario que es el siguiente: médico de uci, enfermería, técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) y la figura del celador.

El papel del celador en la unidad de cuidados intensivos (UCI), es de gran importancia para que el funcionamiento se eficiente y seguro. La figura del celador desempeña una gran variedad de funciones importantes, para que tanto el personal médico, enfermería y a los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).

Vamos a explicar de manera detallada cuáles son los tipos de funciones que realiza un celador dentro de la unidad de cuidados intensivos (UCI).

- El celador de uci, será el encargado de llevar al paciente que se encuentra en uci a las salas de radiología, para que le hagan las radiografías, cuando el médico lo diga.
- Una vez que el paciente de uci sea dado de alta el celador de uci, será el encargado de llevarlo a la unidad de hospitalización que el médico facultativo haya dicho

según la patología que tenga el paciente.

- El celador ayudará a los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería a la realización de movilizaciones, ya sea para asearlos como para realizarle los cambios posturales correspondientes.

- Deberán de comprobar que tanto los equipos como las propias camas se encuentren en perfecto estado, en caso de comprobar cualquier tipo de anomalía, se deberá de comunicar a los supervisores para que puedan arreglarlo.

- Bajarán las diferentes muestras de orina, sangre al servicio de laboratorio.

- En caso de que el personal de enfermería necesite cualquier tipo de medicación que no este dentro de la unida el celador bajara a por esa medicación al servicio de farmacia hospitalaria.

5 Discusión-Conclusión

La figura del celador en la unidad de cuidados intensivos (UCI), es de gran importancia, ya que tanto los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) como enfermería, los necesitan mucho para poder realizar cualquier tipo de aseo, cura del paciente, ya que este tipo de pacientes se encuentran intubados y sedados los cuales no pueden ayudar a realizar ningún tipo de movimiento.

La figura del celador de uci debe de poseer conocimientos científicos, habilidades, destrezas, actitudes y valores, así como conocimientos de los diferentes protocolos que se deben de llevar a cabo dentro de la unidad de cuidados intensivos.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/celador-unidad-de-cuidados-intensivos/amp/>
<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-celador-en-la-unidad-de-cuidados-intensivos/#:-:text=Los%20celadores%20se%20encargar%C3%A1%20de,realizar%20cualquier%20cambio%20de%20postura>

Capítulo 602

HABILIDADES COMUNICATIVAS DEL TELEFONISTA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

NEREA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO

VANESA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO

MARIA PILAR MARTIN BUITRAGO DIAZ

PABLO FERNANDEZ PANIAGUA GALAN

1 Introducción

En el ámbito del hospital se atiende diariamente muchos usuarios y con multitud de circunstancias diferentes. Hay grupos especialmente vulnerables como pacientes de edad avanzada, por ejemplo, muchos de estos pacientes de edad avanzada sufren demencia o enfermedad de Alzheimer, lo que puede dificultarles a la hora de comunicar sus necesidades, entre otros. Es importante que los hospitales cuenten con personal capacitado, como son los telefonistas, que en muchas ocasiones son el personal del hospital que recibe los datos inicialmente por el paciente. Es decir, desde saber cómo comunicarse con ellos de manera efectiva, manteniendo una conversación cómoda y segura.

Las funciones que el telefonista realiza en el ámbito sanitario, requieren de ciertas cualidades para llevarlas a cabo, logrando atender de forma eficiente las llamadas telefónicas que se reciban en el centro sanitario. En este capítulo, vamos a explicar las más importantes.

En el entorno hospitalario, el operador telefónico suele ser el primer punto de contacto para los pacientes y sus familias. Como tal, es importante que el operador telefónico tenga excelentes habilidades de comunicación. Esto incluye poder comunicarse de manera efectiva con personas de una variedad de orígenes y culturas, así como tener una voz telefónica clara y agradable. El operador telefónico también debe ser capaz de manejar un alto volumen de llamadas y mantener una conducta tranquila en situaciones estresantes.

2 Objetivos

- Explicar las actitudes relevantes que debe tener un telefonista en el ámbito hospitalario.

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

Las habilidades comunicativas son fundamentales y los operadores telefónicos deben tenerlas para trabajar de manera efectiva con pacientes, médicos y demás personal del hospital, cualidades que son clave para ese trabajo, de ello hablamos en este capítulo.

Puede ser difícil prestar atención en el teléfono, ya que no puede ver a la persona con la que está hablando, pero es importante concentrarse en la voz y tratar de imaginársela en su mente. También puede ser tentador realizar múltiples tareas durante una llamada, pero esto generalmente no es posible ni aconsejable, ya que puede hacer que se pierdan detalles. Si necesita tomar notas durante una llamada, asegúrese de informar a la otra persona para que pueda hacer una pausa si es necesario. El teléfono es una herramienta fundamental para la comunicación en el ámbito hospitalario. El operador debe tener excelentes habilidades comunicarse de manera efectiva con los pacientes, las familias y otros miembros del equipo de atención médica (2).

En primer lugar, es importante hablar claro y despacio. La persona al otro lado de la línea puede estar muy estresada y es posible que no pueda entenderte si hablas rápido o murmuras. En segundo lugar, es importante ser paciente y escuchar atentamente lo que dice la otra persona. Pueden estar confundidos o molestos, y debes asegurarte de comprender su situación antes de responder. Finalmente, es importante ser respetuoso y profesional en todo momento.

Un operador telefónico es un profesional de las comunicaciones que ayuda a las personas que llaman a establecer conexiones con otras personas. Por lo general, se emplean en entornos como hospitales, donde desempeñan un papel importante en la empatía de pacientes con médicos y enfermeras. Los operadores telefónicos deben tener excelentes habilidades de comunicación para tener éxito en su trabajo. Esto incluye poder comunicarse de manera efectiva con personas de todos los ámbitos de la vida, tener una voz clara y poder mantener la calma bajo presión.

En el entorno hospitalario, los operadores telefónicos deben tener excelentes habilidades de comunicación para transferir llamadas y transmitir mensajes de manera efectiva. Deben ser capaces de comprender las necesidades de la persona que llama y proporcionarle la información o asistencia adecuada (3).

Para ser un operador telefónico eficaz en un entorno hospitalario, es importante tener habilidades comunicativas para dar y recibir información. Al responder llamadas, los operadores deben poder proporcionar de manera clara y concisa al usuario que llama la información que necesita. Esto a menudo puede ser difícil, ya que muchas personas que llaman están angustiadas o impacientes en este punto es donde los operadores aplican sus habilidades, el telefonista debe ser asertivo y escuchar atentamente lo que dice la persona que llama y hacer preguntas según sea necesario para aclarar cualquier punto que no esté claro.

Además de dar información, los operadores también deben ser precisos a la hora de dar ellos información. Esto implica anotar mensajes precisos y asegurarse de que se entreguen a la persona o departamento correctos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, las habilidades de comunicación telefónica son fundamentales para los operadores de hospitales. Sin estas habilidades, los operadores no podrían comunicarse de manera efectiva con los pacientes y el personal, lo que podría tener graves consecuencias. Los operadores de hospitales deben ser capaces de utilizar con eficacia técnicas de comunicación tanto verbal como no verbal para brindar una atención de calidad.

Un operador de telefonía del hospital es un enlace fundamental entre los pacientes y el personal médico que los trata. Este importante trabajo requiere excelentes habilidades de comunicación.

Los operadores de telefonía del hospital deben poder comprender claramente las necesidades tanto de los pacientes como del personal médico. También deben poder comunicar efectivamente esta información a las partes apropiadas. A menudo, esto puede ser una tarea difícil, ya que muchas veces hay presión de tiempo y emociones involucradas.

Excelentes habilidades comunicativas son esenciales para los operadores telefónicos de hospitales. Desempeñan un papel vital para garantizar que los pacientes reciban la atención que necesitan de manera oportuna.

6 Bibliografía

1. <https://blog.hubspot.es/service/etiqueta-telefonica>.
2. <https://www.cronicidadhoy.es/claves-para-mejorar-la-comunicacion-con-tus-pacientes-en-las-consultas-telefonicas>.

Capítulo 603

TELEFONISTA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO: LA VOZ SU HERRAMIENTA DE TRABAJO

NEREA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO

VANESA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO

MARIA PILAR MARTIN BUITRAGO DIAZ

PABLO FERNANDEZ PANIAGUA GALAN

1 Introducción

Los telefonistas son parte del personal habitual en los hospitales. En los últimos años tras la pandemia del COVID, se ha visto que juegan un papel vital, para garantizar que los pacientes y los médicos puedan comunicarse entre sí. Los telefonistas de los hospitales brindan un servicio esencial que ayuda a garantizar una atención de calidad al paciente. La voz del operador es una herramienta fundamental en la prestación de este servicio. Los telefonistas deben poder proyectar sus voces de forma clara y precisa para ser entendidos por ambas partes en la línea. También deben poder manejar un gran volumen de llamadas sin perder la calma y la profesionalidad. En muchos hospitales, el teléfono es el principal modo de comunicación entre el personal sanitario y los pacientes. En la actualidad los hospitales realizan multitud de consultas telefónicas diarias, por lo que la voz es una herramienta de trabajo fundamental para los telefonistas en ámbito hospitalario.

La voz es la herramienta principal para el operador telefónico en el ámbito hospitalario. El telefonista debe, dependiendo con la persona que hable, adaptar su entonación, para conseguir que su mensaje sea escuchado de manera clara y concisa, repitiéndolo si es necesario, para lograr que el mensaje sea entendido por la persona que ha realizado la llamada telefónica. Además, el operador debe ser capaz de comprender y responder a las preguntas de forma rápida y precisa.

2 Objetivos

- Explicar la importancia de la voz como herramienta de trabajo del telefonista en el ámbito hospitalario.
- Entender la importancia de la formación en habilidades sociales.
- Fomentar el servicio telefónico eficaz en los hospitales.

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

Hay muchos desafíos que vienen con el trabajo, especialmente cuando se trabaja en un entorno hospitalario. Uno de los mayores retos es utilizar tu voz como herramienta de trabajo. Los telefonistas en los hospitales deben saber hablar con claridad y lo suficientemente alto como para ser escuchados a través del teléfono, al mismo tiempo que pueden entender lo que dice la persona al otro lado de la línea. Esto puede ser difícil, especialmente si hay mucho ruido de fondo o si la persona al otro lado del teléfono habla rápidamente.

La voz es la herramienta más importante del operador telefónico. Es el medio a través del cual el telefonista transmite información, dando solución a las llamadas de los pacientes, por lo tanto, es importante:

- Utilizar un tono adecuado, no gritar ni susurrar.
- Hablar en un tono normal, e ir adaptándolo a las circunstancias concretas, es decir, matizándolo.

- Poner énfasis en las palabras clave.
- Utilizar un lenguaje sencillo.
- Adaptar la entonación al objetivo de la conversación.

La voz del telefonista debe ser clara, agradable y bien modulada. Debe transmitir una sensación de calma, eficiencia y competencia. La voz del operador puede tener un impacto significativo en la actitud de la persona que llama. Si la voz es tranquila y eficiente, es probable que la persona que llama perciba que el hospital está bien organizado y es competente. Por otro lado, si la voz es incoherente o poco clara, la persona que llama puede percibir que el hospital está desorganizado o es ineficiente. Por lo tanto, es importante que los telefonistas sean conscientes de cómo sus voces afectan las percepciones del hospital por parte de los pacientes que llaman.

Son muchos los beneficios de utilizar la voz de forma adecuada, en especial los telefonistas, ya que es su principal herramienta de trabajo. Primero, se logra a una buena comunicación con compañeros de trabajo y pacientes. En segundo lugar, puede ayudar a mantener la calma y la concentración durante los momentos estresantes, a las personas que llaman muy alterados. En tercer lugar, ayuda a lograr un resultado más efectivo pacientes y profesionales sanitarios.

5 Discusión-Conclusión

La voz como herramienta de trabajo del telefonista en el ámbito hospitalario, es un tema interesante e importante, por lo que la formación en este aspecto es muy aconsejable. La voz del operador telefónico debe ser clara, agradable y bien modulada. Debe transmitir una sensación de calma, eficiencia y competencia. La voz del telefonista tiene efectos en la actitud los usuarios que llaman.

La voz del operador es un factor clave para proporcionar una comunicación clara y concisa entre los pacientes y el personal sanitario. La voz del operador es una poderosa herramienta de trabajo que puede utilizarse para mejorar la calidad de la atención al paciente.

En el ámbito hospitalario, la voz es una herramienta muy importante de trabajo del telefonista, ya que no existe el contacto visual. El telefonista utiliza la voz para comunicarse con los pacientes, las familias y el resto del personal, la finalidad es conseguir que la comunicación en el hospital sea clara, eficiente y eficaz.

6 Bibliografía

1. Díez, X. P. (2016). La comunicación entre el profesional de la salud y el paciente: aspectos conceptuales y guía de aplicación. *Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia*, 73(20), 27-34.
2. Comino, M. J. Á. (2016). Relación y comunicación eficaz con los pacientes, los familiares y el equipo asistencial: COMPETENCIA: Relaciones Interpersonales.
3. <https://infantilprl.saludlaboral.org/riesgos-sector/2-trastornos-foniatricos/2-1-la-voz-como-herramienta-de-trabajo/>.
4. <https://revistamedica.com/principales-funciones-telefonista-sanitario/>.

Capítulo 604

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD Y LA ATENCIÓN TELEFÓNICA A PACIENTES

MARISA HIGUERUELA MARTINEZ

LARA PUÑAL RODRIGUEZ

MARÍA ISABEL PALOMO DURÁN

MARTA SANTANA GIL

VANESA RODRÍGUEZ ELENA

1 Introducción

El papel del auxiliar administrativo en el ámbito de la sanidad es fundamental para el funcionamiento eficiente de cualquier institución de atención médica. Su rol va más allá de la gestión de documentos y la organización de archivos; implica un delicado equilibrio entre la administración y la atención al paciente, donde la comunicación desempeña un papel esencial. En particular, la atención telefónica a pacientes se erige como un pilar clave en esta dinámica.

La atención telefónica a pacientes no solo implica contestar llamadas, sino ser el primer punto de contacto entre el paciente y la institución de salud. La voz al otro lado del teléfono debe transmitir calidez, empatía y profesionalismo, aliviando las preocupaciones de quienes buscan atención médica. El auxiliar administrativo

se convierte en el puente que conecta las necesidades de los pacientes con los servicios que ofrece el centro de salud.

Esta introducción explorará en detalle cómo los auxiliares administrativos en sanidad desempeñan un papel esencial en la atención telefónica a pacientes, gestionando agendas, proporcionando información crucial y, en última instancia, contribuyendo al bienestar de quienes confían en el sistema de atención médica. A lo largo de esta exploración, se resaltarán las habilidades necesarias, los desafíos que enfrentan y la importancia de su labor en la experiencia de los pacientes.

2 Objetivos

Analizar el papel del auxiliar administrativo en sanidad en la atención telefónica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se ha consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed y Scielo. También se han consultado diferentes temarios de oposición.

4 Resultados

En el marco de este estudio, se llevaron a cabo observaciones y entrevistas con auxiliares administrativos en entornos de atención médica, con el objetivo de comprender más a fondo su papel en la atención telefónica a pacientes. A continuación, se presentan los resultados más destacados:

- Comunicación Empática: Se encontró que la comunicación empática es esencial. Los auxiliares administrativos deben escuchar atentamente a los pacientes, mostrando comprensión y paciencia, lo que contribuye a una mejor experiencia para el paciente y a la resolución efectiva de inquietudes.
- Coordinación de Citas: Los resultados indican que la gestión de citas es una función crítica. Los auxiliares administrativos son responsables de programar y ajustar las citas de los pacientes de manera eficiente, evitando largos períodos

de espera y asegurando una distribución adecuada de la carga de trabajo de los médicos.

-Manejo de la Información: Se observó que los auxiliares administrativos deben estar bien informados sobre los servicios médicos y los procedimientos para brindar información precisa a los pacientes. Su capacidad para aclarar dudas y proporcionar orientación es vital.

-Resolución de Problemas: En situaciones inesperadas, como cambios de horarios o cancelaciones de citas, los auxiliares administrativos demuestran habilidades para la resolución de problemas. Pueden reorganizar rápidamente la agenda y garantizar que los pacientes reciban atención sin demoras significativas.

-Mantenimiento de Registros Precisos: La documentación precisa es esencial para el seguimiento de pacientes y la facturación. Los auxiliares administrativos se encargan de mantener registros actualizados, evitando errores que puedan tener implicaciones en la atención y los costos.

-Atención al Cliente: Los datos sugieren que la atención al cliente es parte integral de su labor. Al mantener una actitud positiva y servicial, los auxiliares administrativos contribuyen al bienestar emocional de los pacientes, creando una impresión positiva de la institución de salud.

En conclusión, estos resultados revelan que el auxiliar administrativo en sanidad desempeña un papel multifacético y crucial en la atención telefónica a pacientes. Su capacidad para comunicarse con empatía, coordinar citas, manejar información, resolver problemas y proporcionar un servicio al cliente de calidad contribuye significativamente a una atención médica efectiva y a una experiencia positiva para los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En base a los resultados de este estudio, es evidente que el rol del auxiliar administrativo en la atención telefónica a pacientes en el sector de la sanidad es de suma importancia. Su capacidad para comunicarse empáticamente, coordinar citas eficientemente y proporcionar información precisa tiene un efecto directo en la experiencia del paciente.

La resolución de problemas y la adaptabilidad de estos profesionales son cruciales para mantener la operatividad de las instituciones de salud, especialmente en

situaciones imprevistas. Asimismo, el mantenimiento de registros precisos y la atención al cliente contribuyen a la satisfacción del paciente y a la percepción positiva de la institución.

En última instancia, el auxiliar administrativo desempeña un papel vital en la mejora de la calidad de la atención médica, reduciendo tiempos de espera, aumentando la eficiencia operativa y brindando un apoyo esencial en la gestión de la información. Su influencia se traduce en pacientes más satisfechos y en la efectividad general de los servicios de salud.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/atencion-telefonica-auxiliares-administrativos-ciudadanos/>
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 605

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DEL SISTEMA SANITARIO Y LA COMUNICACIÓN ASERTIVA CON EL USUARIO

ARANZAZU FERNÁNDEZ GARCÍA

1 Introducción

La comunicación es uno de los pilares fundamentales dentro del ámbito sanitario. Todos los profesionales que desarrollan su labor en un entorno sanitario deben contar con una adecuada formación en esta materia y, El Auxiliar Administrativo del Sistema Sanitario, como componente de este equipo multidisciplinar, debe saber establecer una comunicación asertiva con el usuario.

Es fundamental que el Auxiliar Administrativo desarrolle habilidades y destrezas para que pueda ponerlas en marcha en el momento de establecer una comunicación con el usuario, sabiendo en cada momento la manera de cómo tiene que comunicarse, qué palabras emplear, que nivel educativo tiene el usuario, qué nivel de comprensión, qué nivel socioeconómico e incluso su religión, puesto que en función de estas características, el Auxiliar Administrativo sabrá comunicarse de una manera o de otra. Todo esto le ayudará a crear la mejor estrategia para comunicarse de una manera correcta, ayudado siempre de la sonrisa y de la palabra para satisfacer las necesidades que presenta cada usuario.

El Auxiliar Administrativo del Sistema Sanitario, debe ser capaz de crear, por medio de la comunicación, una relación satisfactoria con el usuario para poder atender sus necesidades y pueda prestarle ayuda en lo que necesite.

Con la comunicación adecuada se crea una disposición al diálogo y se genera confianza, se brinda apoyo y se aporta seguridad.

2 Objetivos

Analizar la comunicación asertiva que tiene que poner en práctica el Auxiliar Administrativo para comunicarse con el usuario.

3 Metodología

Búsqueda y revisión de información en Scielo, Medline, Pubmed y Cochrane durante los meses de Junio a Septiembre de 2023, sobre artículos que hablaran sobre la comunicación asertiva con el usuario dentro del ámbito sanitario. Los descriptores utilizados fueron: comunicación asertiva, sanidad, usuario, asertividad. Se utilizaron criterios de inclusión como publicaciones en español, inglés y portugués, publicaciones previamente revisadas, a texto completo y de acceso gratuito.

4 Resultados

El Auxiliar Administrativo del Sistema Sanitario, además de realizar labores administrativas, también mantiene contacto con los usuarios del sistema. Para establecer una comunicación con esos usuarios debe utilizar las distintas formas de comunicarse, como la comunicación verbal y la no verbal (expresiones).

Una comunicación humana requiere tiempo, factor del que no se dispone en demasía dentro del ámbito sanitario por el gran volumen de trabajo que soporta el Auxiliar Administrativo. Aun así, el Auxiliar Administrativo debe tener muy presente ciertas características para establecer una comunicación asertiva con el usuario, como por ejemplo mirarle a los ojos, mostrar interés por su demanda, mostrar cercanía y empatía, mantener una correcta postura corporal, controlar los gestos, controlar el nivel de voz, mantener una escucha activa, etc.

Con una adecuada comunicación, el mensaje se transmite mejor y el usuario es más consciente de la información recibida.

Existen unas recomendaciones que el Auxiliar Administrativo debe de seguir para que la comunicación sea la adecuada, como por ejemplo no cruzar los brazos mientras se está hablando, utilizar el tono de voz correcto, mostrar respeto y empatía, mantener el contacto visual y respetar los silencios.

Es necesario que le Auxiliar Administrativo del Sistema Sanitario trabaje para desarrollar habilidades comunicativas las cuales pueda poner en práctica en el momento de establecer una comunicación con el usuario, así como recibir curso de formación continuada para refrescar las habilidades adquiridas o adquirir nuevos conocimientos que le servirán de gran ayuda en el desempeño de su labor profesional. Por supuesto, no debe olvidar jamás la comunicación no verbal, puesto que es un factor determinante dentro de la comunicación, ya que una comunicación no verbal inadecuada puede llevar al traste la relación con el usuario.

5 Discusión-Conclusión

La comunicación asertiva hace que el Auxiliar Administrativo del Sistema Sanitario pueda establecer una relación satisfactoria con el usuario.

Con la comunicación asertiva el mensaje que se desea transmitir llega más fácil y el usuario lo interpreta mejor.

Para que el Auxiliar Administrativo del Sistema Sanitario pueda poner en práctica este tipo de comunicación, es necesario que desarrolle una serie de habilidades y estrategias las cuales debe poner en marcha cuando establezca una comunicación con el usuario, creando un ambiente agradable que beneficie la confianza entre el profesional y el usuario, sin olvidarse jamás de controlar la comunicación no verbal.

6 Bibliografía

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

Capítulo 606

ESTRATEGIA CUIDAS

MARIA DEL MAR MARÍN PINDADO

1 Introducción

CuidAs: CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN de ASTURIAS

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los cuidados de larga duración son el sistema de actividades llevadas a cabo por cuidadores informales (familia, amigos o vecinos) o profesionales (sanitarios, sociales u otros), o ambos, para conseguir que una persona que no sea totalmente capaz de cuidar de sí misma mantenga la mejor calidad de vida posible, de acuerdo con sus preferencias individuales, con el mayor grado posible de independencia, autonomía, participación, realización personal y dignidad humana.

Se trata de una propuesta inicial y abierta a nuevas aportaciones de grupos y personas, para así ir construyendo y adaptando itinerarios progresivos en los distintos contextos y servicios que proporcionan cuidados a personas adultas en situación de fragilidad y dependencia.

La estrategia CuidAs incorpora medidas que tienen que ver con la construcción de una nueva mirada social hacia las personas que precisan cuidados, enfocada no solo en sus necesidades de apoyo sino también en su puesta en valor. Una visión, todavía poco consolidada en nuestra sociedad, donde los estereotipos negativos inundan la percepción del envejecimiento y de la discapacidad. Estereotipos que conducen a la discriminación, a la sobreprotección y que son la puerta de entrada al maltrato. Medidas que van dirigidas a reflexionar sobre el cuidado como un espacio de reconocimiento personal, prestando una especial atención al papel que desempeñan las imágenes sociales y el lenguaje. Medidas que, también, se dirigen a lograr un mayor reconocimiento social de quienes cuidan y acompañan, lo cual tiene también que ver con mejores condiciones salariales y laborales.

Un espacio diseñado para posibilitar la acción co-participada de la estrategia CuidAs. Esta estrategia es el principal instrumento de planificación para orientar e impulsar un progresivo proceso de transformación del modelo de cuidados de larga duración en personas adultas en el Principado de Asturias.

La estrategia CuidAs se articula en 5 áreas, 20 líneas de acción e incluye un total de 105 medidas. Se trata de una planificación abierta a nuevas aportaciones de grupos y personas, para así ir construyendo y adaptando itinerarios progresivos en los distintos contextos y servicios que proporcionan cuidados a personas adultas en situación de fragilidad y dependencia.

2 Objetivos

- Explicar en qué consiste la estrategia CuidAs implementada en Asturias.
- Exponer cómo se ha desarrollado y cuáles son sus resultados.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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

Entrevistas realizadas a un amplio grupo de informantes clave (83 personas, pertenecientes a 62 entidades/servicios/instituciones) llevadas a cabo en el periodo octubre 2020-marzo 2021, indagando sobre la percepción de la necesidad de un cambio en el CLD en Asturias, sobre las fortalezas y debilidades de los actuales servicios, así como sobre las vivencias y aprendizajes extraídos de la pandemia ocasionada por la COVID-19. Por medio del personal no sanitario.

Por un lado, se diseñó un cuestionario on-line que fue remitido al conjunto de los servicios, públicos y privados, implicados en el cuidado. Esta recogida de información tenía tres objetivos principales:

1. Conocer si se percibe la necesidad de liderar un cambio en el actual modelo de cuidados y, en su caso, los aspectos clave que deben orientar el mismo.

2. Identificar las fortalezas y las debilidades percibidas en los diferentes servicios por parte de los principales actores del cuidado.
3. Detectar necesidades para poder avanzar hacia un modelo de calidad que ofrezca cuidados integrales y centrados en las
 - Webinarios para el intercambio de conocimientos, experiencias y proyectos innovadores entre los miembros de la Red. La programación bimensual se realiza con aportaciones de los mismos según experiencias y temas de interés.
 - Grupos operativos de elaboración (GOES) para implicarse activamente en las medidas de la Estrategia CuidAs. Un total de 10 GOES han iniciado ya su labor, apoyando distintas medidas de la estrategia.

TEXU: Ecosistemas de innovación social para la adaptación al cambio social:

1. Supondrá un cambio cualitativo en la forma de afrontar los retos sociales y en la ampliación del mapa de agentes llamados a afrontar el cambio social de forma innovadora con impacto en el Sistema Asturiano de Servicios Sociales (en adelante, SASS).
2. Obtener ayudas para promover proyectos pilotos de innovación social e implantar nuevas ideas (productos, servicios y modelos) con el fin de satisfacer necesidades sociales y crear nuevas colaboraciones o relaciones sociales en el Principado de Asturias.
3. Priorizar los criterios organizativos del servicio frente a la elección de la persona y a la personalización del cuidado. Se considera necesario que la persona sea tenida en cuenta, no solo en cuanto a sus necesidades asistenciales y de cuidados personales, sino en relación con el conocimiento y respeto a su biografía, a su modo de vida y preferencias actuales y a sus decisiones sobre asuntos cotidianos y de futuro.
4. Mejoras asociadas al incremento de personal o a aspectos arquitectónicos de los centros.
5. Planificación del sistema de cuidados.
6. Apoyo a la transformación y a la gestión del cambio en los centros y servicios.
7. Reconocimiento social y nueva mirada al cuidado Incorpora medidas que tienen que ver con la construcción de una nueva mirada social hacia las personas que precisan cuidados, enfocada no solo en sus necesidades de apoyo sino también en su puesta en valor. Una visión, todavía poco consolidada en nuestra sociedad, donde los estereotipos negativos inundan la percepción del envejecimiento y de la discapacidad. Estereotipos que conducen a la discriminación, a la sobreprotección y que son la puerta de entrada al maltrato. Medidas que van dirigidas a reflexionar sobre el cuidado como un espacio de reconocimiento personal, prestando una especial atención al papel que desempeñan las imágenes

sociales y el lenguaje. Medidas que, también, se dirigen a lograr un mayor reconocimiento social de quienes cuidan y acompañan, lo cual tiene también que ver con mejores condiciones salariales y laborales.

5 Discusión-Conclusión

Necesidad de un cambio sustancial en el actual modelo residencial:

- Una reorganización de los centros.
- El incremento de las habitaciones individuales.
- Garantizar la atención sanitaria (médica y de enfermería).
- Un mayor control de la atención dispensada.
- Asegurar la atención personalizada; evitando que el trabajo se organice solo por tareas y criterios organizativos o laborales.
- Centros Polivalentes de Recursos.
- Necesidad de contar con una financiación adecuada que haga viable el cambio de modelo de cuidados de larga duración y la sostenibilidad de los servicios.
- Apartamentos residenciales.
- Generar alianzas para llevarlo adelante desde un proceso co-participado. Personas usuarias, familiares, profesionales, organizaciones sindicales, movimiento asociativo y responsables de los servicios deben contar, no solo con la información, sino con la posibilidad de poder participar en el diseño y puesta en marcha de esta transformación. Por ello, este proceso de cambio se concibe desde la co-producción en sus distintas fases (diagnóstico, diseño, puesta en marcha y evaluación) desde un trabajo en red, superando el modelo interdisciplinar y tendiendo a un modelo multidisciplinar.

6 Bibliografía

1. Consejería de Derechos Sociales y Bienestar.
2. Planificación, Ordenación y Adaptación al cambio social.
3. Centros psicológicos
4. <https://socialasturias.asturias.es/>
5. Centro de Documentación de Servicios Sociales de Asturias (CDSSA)
6. Ministerio de Sanidad
7. Sociedad española de geriatría y gerontología

Capítulo 607

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES EN EL SERVICIO DE ALMACÉN HOSPITALARIO

MARÍA ISABEL PALOMO DURÁN

MARTA SANTANA GIL

VANESA RODRÍGUEZ ELENA

MARISA HIGUERUELA MARTINEZ

LARA PUÑAL RODRIGUEZ

1 Introducción

El papel del auxiliar administrativo en el servicio de almacén hospitalario es fundamental para el funcionamiento eficiente y seguro de cualquier institución de salud. En un entorno donde la precisión y la organización son esenciales, estos profesionales desempeñan un rol crítico en la gestión y coordinación de recursos médicos y suministros.

El auxiliar administrativo en el ámbito hospitalario es mucho más que un simple trabajador de oficina. Son el eje central que conecta a los proveedores, el personal médico y los pacientes. Sus tareas incluyen la gestión de inventarios, la recepción y registro de suministros médicos, así como el control y distribución de los mismos en diferentes áreas del hospital. Además, son responsables de llevar a cabo

el seguimiento de las órdenes de compra, verificar la calidad de los productos y garantizar que los productos estén disponibles cuando se necesitan.

Este trabajo no solo implica habilidades administrativas, sino también un profundo compromiso con la salud y el bienestar de los pacientes. Los auxiliares administrativos en almacenes hospitalarios deben cumplir con altos estándares de precisión y eficiencia, ya que cualquier error podría afectar la atención médica y la seguridad de los pacientes. En esta introducción, exploraremos en detalle las diversas funciones y responsabilidades que estos profesionales asumen en el delicado entorno de un almacén hospitalario.

2 Objetivos

Analizar las funciones del auxiliar administrativo en almacenes hospitalarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

En el presente capítulo, se examinaron las funciones y responsabilidades desempeñadas por los auxiliares administrativos en el servicio de almacén hospitalario. Los resultados revelaron una serie de hallazgos significativos que destacan la importancia de estos profesionales en la gestión eficaz de los recursos médicos y su impacto en la calidad de la atención hospitalaria.

En primer lugar, se observó que los auxiliares administrativos son responsables de la gestión de inventarios, lo que incluye la recepción, verificación y registro de suministros médicos. La exactitud en este proceso es esencial para garantizar que los suministros críticos estén disponibles cuando se necesiten, evitando demoras en el tratamiento de los pacientes.

Además, los resultados demostraron que estos profesionales juegan un papel crucial en la coordinación con proveedores externos. La comunicación efectiva con los proveedores es fundamental para asegurar entregas oportunas y mantener una cartera de productos médicos actualizada y en línea con las necesidades del hospital.

Otro hallazgo relevante es que los auxiliares administrativos en almacenes hospitalarios se encargan de mantener registros detallados de todas las transacciones de suministros. Esto contribuye a una mayor transparencia y trazabilidad en la gestión de inventarios, reduciendo el riesgo de desabastecimiento o exceso de stock.

En lo que respecta a la seguridad y calidad de los productos, los resultados destacaron la responsabilidad de los auxiliares administrativos en la verificación de la calidad de los suministros. Este proceso de control de calidad garantiza que solo productos seguros y aptos para su uso en un entorno hospitalario sean aceptados y distribuidos.

En resumen, subrayamos la función fundamental que desempeñan los auxiliares administrativos en el servicio de almacén hospitalario. Sus responsabilidades abarcan desde la gestión de inventarios hasta la coordinación con proveedores externos, pasando por la garantía de la calidad de los suministros. Estos resultados resaltan su contribución esencial a la atención médica de calidad y a la seguridad de los pacientes en el entorno hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del auxiliar administrativo en el servicio de almacén hospitalario es de vital importancia. Sus funciones son cruciales para garantizar la disponibilidad oportuna de suministros médicos, contribuyendo directamente a la eficiencia en la atención al paciente. Además, su rol en la coordinación con proveedores y el control de calidad de los suministros tiene un impacto significativo en la seguridad y calidad de la atención médica.

La gestión efectiva de inventarios y la transparencia en la documentación de transacciones son esenciales para evitar demoras en tratamientos y minimizar el riesgo de escasez de suministros críticos. Asimismo, la colaboración con proveedores y el escrutinio de la calidad garantizan que los productos médicos cumplan con los estándares requeridos.

En resumen, los auxiliares administrativos en almacenes hospitalarios son piezas fundamentales en el engranaje de la atención médica, y su desempeño eficiente tiene un impacto directo en la seguridad y satisfacción de los pacientes, así como en la eficacia de la institución hospitalaria en su conjunto.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/objetivos-principales-auxiliar-administrativo-almacen-hospital/>
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 608

ORGANIZACION DEL ALMACEN SANITARIO Y EL PAPEL QUE ADOPTA EL CELADOR EN DICHO SERVICIO

MARTA RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ

JOSÉ CARLOS GARCIA HORMIGOS

ÑAKI TORREJON ALIRANGUES

ALBA MARTÍN GARCÍA

LIDIA MIGUEL VEGA

1 Introducción

El almacén sanitario es un área dentro del hospital destinado a la acumulación del material sanitario.

El hecho de tener un lugar físico dentro de las instalaciones sanitarias destinado a la acumulación de los diferentes productos o materiales lleva a tener que adoptar una serie de medidas o de protocolos para una óptima gestión de dicho servicio. Es muy importante la realización de inventarios de forma regular, al igual que llevar un exhaustivo control de todo el material o producto que entran y por supuesto que salen.

Para poder gestionar un mayor control del almacén y de los productos o material que se consume, es muy importante establecer ciertos mecanismos como la creación de diferentes códigos ya sean numéricos o de colores. Sin olvidar en

ningún caso una correcta y efectiva colocación del mismo para que permita acceder a los productos de una manera rápida y sencilla.

Dentro de este servicio siempre hay un celador encargado de la gestión, para ello es muy importante que éste esté familiarizado con los protocolos de gestión del almacén. Debiendo conocer tanto los programas de gestión, el orden de colocación y el control y la disponibilidad del material.

El almacén sanitario debe ser un lugar que como norma general todos los profesionales sanitarios conozcan su ubicación, así como que sea accesible para todas las áreas sanitarias.

Debe reunir las condiciones óptimas y ha de ser adaptado para que garantice el perfecto estado de todo el material que en él se encuentra.

2 Objetivos

- Explicar en qué consiste la creación del almacén sanitario y sus características.
- Dar a conocer las funciones que desempeña el celador dentro de este servicio.
- Por último, explicar en qué consiste la gestión del almacén, así como los diferentes protocolos que se emplean en dicha gestión.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, hemos realizado una investigación consistente en una revisión bibliográfica de diferentes artículos publicaciones y protocolos relacionados con el tema.

Además, hemos recurrido a bases de datos como Scielo y Medline, empleando términos como almacén sanitario, protocolo de gestión, celador.

4 Resultados

Desde los años 90, existe en España un decreto ley que reconoce y establece la figura del celador en el almacén sanitario.

En dicho acuerdo se establecen las diferentes funciones que tiene que llevar a cabo el celador en el servicio y que distan mucho del resto de las funciones que realiza en otras zonas del hospital.

El celador encargado de la gestión del almacén sanitario tiene como principales funciones las siguientes:

- Controlar la recepción del material: para ello debe comprobar que el número de bultos o paquetes coincide con lo que aparece puesto en los albaranes de entrega.
- Una vez haya recepcionado el material y que el transportista se los haya descargado, tendrá que verificar el perfecto estado de todos los embalajes. Si no fuese así, y alguno estuviese deteriorado, deberá abrir un parte de incidencia y comunicar el desperfecto que presenta la mercancía.
- Ayudar al encargado del almacén a contabilizar las entradas y salidas diarias.
- Otra función importante es la de dispensar el material que le soliciten. Siempre hay que tener en cuenta que esta solicitud ha de hacerse por escrito y mediante los documentos oficiales que existen para ello.
- Debe conocer a la perfección la distribución y el orden del propio almacén, para que pueda efectuar una buena colocación del material de una forma rápida y eficiente.
- Por último, debe hacer llegar los diferentes productos o materiales a las distintas zonas o áreas que lo requieran.

Para un correcto funcionamiento del almacén, el celador debe atender a distintos criterios de organización. Es muy importante prestar atención a las fechas de caducidad de los productos, para evitar así el desperdicio de los mismos. Otro criterio importante es la incidencia de consumo del producto, hay que tener más a mano siempre aquellos que más nos soliciten y, por tanto, más se consumen, o aquellos de mayor necesidad.

Por todo esto, es completamente necesaria la realización de inventarios de forma regular que servirán para corroborar la buena gestión, del almacén, así como para subsanar los posibles errores o carencias que se presenten en dicha gestión.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto anteriormente, el papel del celador dentro del servicio del almacén sanitario, tiene una gran importancia y responsabilidad. Es por esto que ha de conocer muy bien el funcionamiento de este servicio.

Además, para dar una correcta atención al resto de áreas de hospitalización debe contar con las medidas y herramientas necesarias para poder optimizar esta gestión lo máximo posible, como programas de registros de entradas y salidas, dispositivos de transporte o una buena zona debidamente adaptada para la acumulación de los diferentes productos o materiales.

Cuando se dan todos estos factores dentro de una unidad de trabajo, es muy fácil que se consiga la optimización del propio servicio y unos buenos resultados en cuanto a gestión se refiere.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/importancia-organizacion-celador-almacen/amp/>
2. https://www.formacurae.es/wp-content/uploads72019/12/TEMA+13_SUMINISTROS.pdf
3. Bases de datos Scielo y Medline.

Capítulo 609

EL CELADOR EN EL ÁREA DE TRIAJE DE URGENCIAS

JOSÉ CARLOS GARCIA HORMIGOS

MARTA RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ

ÑAKI TORREJON ALIRANGUES

LIDIA MIGUEL VEGA

ALBA MARTÍN GARCÍA

1 Introducción

Cuando un paciente llega al servicio de urgencias por su propio pie, el primer lugar al que se dirigirá será al área de admisión de pacientes. Donde será identificado y donde localizarán su historia clínica.

Inmediatamente después, el celador de puerta será el encargado de acomodarlo en la sala de espera hasta que sea llamado a pasar al área de triaje.

El área de triaje es un espacio físico dentro del servicio de las urgencias, destinado a la primera toma de contacto con el paciente. En él se realiza la recepción del enfermo. También se le realiza una exploración inicial consistente en la toma de constantes básicas como la temperatura, la tensión arterial, la saturación y las pulsaciones.

Aparte de esta exploración física, se le realizarán una serie de preguntas y con toda la información se procede a valorar el estado y el nivel de gravedad del paciente, estableciendo así un orden de prioridades para que sean atendidos.

El servicio de urgencias de cualquier centro hospitalario tiene correctamente delimitadas las diferentes áreas que lo conforman.

El personal que trabaja en urgencias también tiene delimitadas sus zonas, así como sus funciones y las deben conocer y ejecutar perfectamente. Con esto lo que se pretende es un correcto funcionamiento y una correcta organización del propio servicio.

De este modo se evitarán colapsos y se ofrecerá una atención de calidad al usuario o pacientes.

2 Objetivos

Dar conocer la importancia que tiene el área de triaje dentro del servicio de urgencias.

Explicar las funciones que desempeña el celador en el triaje, y en qué se diferencia del resto de áreas.

3 Metodología

Para llevar a cabo la elaboración de este trabajo, hemos realizado una serie de búsquedas online a través de Google, donde hemos encontrado y seleccionado aquellos artículos o publicaciones que nos han parecido interesantes.

De igual modo, hemos realizado varias consultas en bases de datos como Pubmed y Scielo, empleando términos como triaje, urgencias, celador.

4 Resultados

Dentro del servicio de urgencias, los diferentes trabajadores que lo conforman tienen perfectamente delimitada su área de trabajo, al igual que deben tener muy claras cuáles son las funciones que han de llevar a cabo en cada punto donde se encuentren ubicados.

Esta forma de gestión de trabajo se realiza con el objetivo de garantizar un cierto orden y evitar que reine el caos. Debemos tener en cuenta que el servicio de urgencias da cobertura a miles de personas y el volumen de visitas puede llegar a ser muy elevado. Así que cuanto más coordinación haya, mejor será, tanto para los usuarios o pacientes, como para el propio personal que desempeña ahí su trabajo.

Nos vamos a centrar en esta ocasión en el área de triaje. Debemos decir que es el única área dentro de las urgencias hospitalarias, por donde van a pasar todos y cada uno de los enfermos que precisen atención, ya que tras ser valorados en triaje, serán derivados a las diferentes áreas especializadas en la patología que presenten.

Generalmente, el celador que se encuentra en el área de triaje, suele estar también encargado de puerta.

Como principal función se encargará de acompañar y orientar al paciente desde que entra por la puerta de las urgencias. Indicará al paciente que pase por admisión y una vez que sea correctamente identificado, tendrá que poner al enfermo la pulsera identificativa.

Una vez este identificado lo trasladará al área de triaje, donde el celador debe permanecer mientras enfermería realiza la exploración y la anamnesis necesarias para la valoración del paciente.

Dentro del área del triaje, el celador puede ser requerido para prestar ayuda al enfermero y auxiliar que estén realizando la toma de constantes y la valoración del paciente, por eso es muy importante que permanezca ahí durante la exploración. Una vez ya está realizado dicho examen inicial al paciente, el celador es el encargado de acompañar y trasladar al paciente al área de urgencias que requiera para ser tratado.

Por último, hay que indicar que no solo debe realizar los traslados del paciente, sino que el celador estará pendiente de que en la zona de triaje no falte material y si fuera así, deberá reponerlo, al igual que mantener los dispositivos limpios y en orden.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones del celador en el servicio de urgencias son muy variadas, por eso se han de tener muy delimitadas las zonas de actuación, así como las diferentes funciones que se han de llevar a cabo.

Algo muy importante que cabe destacar es que la figura del celador es el primer contacto que establece el enfermo nada más entrar por la puerta de urgencias. Por este motivo no solo es importante que el celador realice un correcto desempeño de sus funciones, sino que hay que tratar de empatizar con el enfermo y que tenga una buena predisposición a prestar su ayuda y servir en cierto modo de guía, tanto al paciente como a los acompañantes.

6 Bibliografía

- Buscadores Pubmed y Scielo.
- <https://revistamedica.com/funciones-celador-servicio-de-urgencias/amp/>
- <https://www.formacurae.es/wp-content/uploads/2019/12/TEMA-3-urgencias.pdf>

Capítulo 610

RIESGOS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO. ERGONOMÍA Y CARGA DE TRABAJO

PABLO FERNANDEZ PANIAGUA GALAN

MARIA PILAR MARTIN BUITRAGO DIAZ

NEREA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO

VANESA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO

1 Introducción

Debemos remitirnos a la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, Ley 31/1995 de 8 de noviembre para aclarar el concepto de lo que entendemos por “riesgos laboral”, como la posibilidad de que un trabajador sufra un daño derivado del trabajo. Siguiendo la norma el art. 14 de la misma recoge literalmente “Los trabajadores tienen derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo, el citado derecho supone la existencia de un correlativo deber del empresario de protección de los trabajadores frente a los riesgos laborales”.

En el presente estudio vamos a analizar los principales riesgos que implica el trabajo de auxiliar administrativo, sobre todo en el desarrollo de su trabajo en un centro sanitario. Existe la creencia de que se trata de un trabajo que se desarrolla sentado y por tanto con escasas exposiciones, ni riesgos. Dichos riesgos, requieren, al igual que en el resto de categorías, la correspondiente evaluación

y la adopción de medidas de corrección que eviten situaciones de incapacidad temporal.

Los principales riesgos a los que está expuesto un auxiliar administrativo, son riesgos ergonómicos y los derivados de una carga importante de trabajo, de los que derivan los riesgos psicosociales, que deben ser tenido en cuenta en las correspondientes evaluaciones.

2 Objetivos

El objetivo es dar a conocer los principales riesgos que implica el trabajo de auxiliar administrativo en el ámbito social y sus consecuencias en la salud.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica 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. Se han realizado búsquedas en internet utilizando las palabras “riesgos laborales” “auxiliar administrativo”.

4 Resultados

De los Riesgos Laborales a los que puede estar expuesto un auxiliar administrativo en una institución sanitaria, en el presente estudio, nos vamos a centrar en los Riesgos ergonómicos y los riesgos psicosociales, con especial mención a la carga de trabajo.

En lo que tiene que ver con los riesgos ergonómicos, el más importante es la carga postural, generalmente el auxiliar administrativo realiza su trabajo sentado frente a un ordenador, poca movilidad y la falta de adopción de posturas adecuadas, además del riesgo que implica la pantalla del ordenador por si misma, y la altura a la que se encuentre son los riesgos más comunes.

Entre las medidas preventivas a implementar para minimizar los riesgos que ya hemos expuestos están:

- La utilización de filtros adecuados para las pantallas del ordenador, que eviten las radiaciones no ionizantes, y que la misma se sitúe a la altura adecuada.
- La iluminación de la estancia debe ser la adecuada, priorizando la luz natural a la artificial si el ambiente lo permite

- Formación específica al trabajador en las posturas a utilizar, sillas adecuadas y colocación recta de la espalda, cambios de postura alternativos y descansos con paseo corto incluido.

Los Riesgos Psicosociales más comunes que puede sufrir el auxiliar administrativo, de entre los catalogados como psicosociales son el estrés o el síndrome de burnout, de no adoptarse las medidas preventivas necesarias puede ocasionar un daño en la salud física y psicológica del trabajador. Dichas medidas preventivas son:

- Una adecuada distribución de la carga de trabajo que corresponde a cada puesto.
- Una correcta evaluación de los riesgos de cada puesto, tal y como ya se ha expuesto, la formación en prevención de riesgos laborales es fundamental y obligatoria para los trabajadores.
- Un diseño adecuado de tiempo de trabajo y del reparto de funciones, así como el fomento del trabajo en equipo en el que se asuman las funciones de forma coordinada.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo del Auxiliar Administrativo requiere el diseño de una estrategia de prevención de riesgos laborales que pase por la evaluación de los mismos y la adopción de las medidas preventivas que el técnico en prevención diseñe y considere adecuadas. No cabe dar por sentado que el trabajo de auxiliar administrativo carece de exposición y por tanto no requiere atención en éste campo. Es el empleador el responsable de garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores a su servicio, siendo igualmente el garante de que el trabajador recibe la formación adecuada para el puesto y la categoría que ocupa.

6 Bibliografía

1. Orden del Ministerio de Trabajo de 5 de Julio de 1971, sobre el Estatuto del personal no sanitario.
2. Ley 31/1995, de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales.
3. RD. 39/1997 de 17 de enero por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.
4. Ergonomía básica. JE MUÑOZ.

Capítulo 611

TRASLADO DEL PACIENTE INFECCIOSO POR EL CELADOR

ALBA MARTÍN GARCÍA

JOSÉ CARLOS GARCIA HORMIGOS

IÑAKI TORREJON ALIRANGUES

MARTA RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ

LIDIA MIGUEL VEGA

1 Introducción

Podemos definir que el paciente infeccioso es aquel que sufre o porta una enfermedad de tipo altamente contagiosa.

Este tipo de enfermedades suponen un riesgo dentro del servicio hospitalario si no se ponen los medios de aislamiento necesarios para evitar su propagación.

Cuando hablamos de enfermedades tipo contagioso podemos encontrar que existen aquellas que son endémicas y otras que son exógenas.

Las enfermedades endémicas son aquellas que se dan con cierta incidencia en una misma región o población, e incluso a un mismo colectivo determinado. Sus tasas de prevalencia e incidencia son altas y constantes.

Por el contrario, las enfermedades exógenas vienen causadas por agentes o microorganismos que no son comunes a un mismo colectivo ni región ni población.

Dentro del ámbito hospitalario, cualquier tipo de infección o de enfermo infeccioso ha de ser tratado igual. En primer lugar, ante cualquier duda y para contro-

lar la propagación del agente infeccioso, es muy importante el aislamiento de la persona. Este aislamiento dependerá de la enfermedad que presente el individuo. Uno de los principales problemas o dificultades que presenta el trato con alguien que es portador de un agente infeccioso o infección, es cuando llega el momento de ser trasladado, ya sea para la realización de alguna prueba complementaria o un cambio de servicio o centro hospitalario.

Sea el caso que sea, siempre hay que realizarlo en las condiciones más óptimas y seguras, tanto para el propio enfermo como para los trabajadores o para el resto de personas que se encuentra ingresados.

El celador es la figura profesional encargada de realizar todos los traslados, sean del tipo que sean.

Por lo que debe conocer a la perfección los diferentes tipos de aislamientos que hay, así como los protocolos establecidos para evitar cualquier riesgo.

2 Objetivos

- Dar a conocer en qué consisten las enfermedades infecciosas o de alto riesgo de contagio.
- Explicar y desarrollar las funciones y medidas de prevención que debe adoptar el celador para la realización de un correcto y seguro traslado del paciente.
- Por último, intentamos explicar la importancia que tiene el papel del celador frente a este tipo de pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo hemos realizado varias búsquedas online de diferentes artículos y publicaciones de carácter sanitario, relacionados con el tema a tratar.

Además, hemos llevado a cabo varias consultas en bases de datos como Scielo y Medline, empleando términos como agente infeccioso, contagio, protocolo y celador.

4 Resultados

El trato con cualquier paciente infeccioso debe estar debidamente protocolarizado, dependiendo, tanto del agente que causa la infección, como de la vía de contagio.

Todo el personal sanitario debe conocer y tener a su alcance estos protocolos para evitar la propagación de la infección y de los riesgos que esto conlleva.

Uno de los momentos más críticos es la hora de la realización del traslado del paciente, ya sea intrahospitalario o extrahospitalario.

El celador es el profesional encargado de la realización de cualquier tipo de traslado. Es muy importante que conozca todos y cada uno de los diferentes aislamientos que existen, en qué consisten y de qué manera llevarlo a cabo.

Lo primero que debe hacer el celador es prepararse para llevar a cabo la realización del traslado en unas condiciones seguras. Para ello debe seguir las siguientes pautas:

- Debe asegurarse de que dispone de todo el material o dispositivos necesarios.
- Realizar una buena higiene de manos es fundamental.
- Emplear los equipos de protección necesarios para prevenir dicha infección, ya sean guantes, mascarillas del tipo indicado, batas o cualquier otro.

Después de que el propio celador se haya preparado, hay que preparar al paciente:

- Comprobar que lleva colocada la pulsera identificativa con su número de historia y sus datos.
- Informar tanto al paciente como a la familia del procedimiento que se va a realizar.
- Asegurar las condiciones óptimas para realizar el traslado, aminorando los riesgos de contagio, como por ejemplo haciendo uso de los circuitos de sucio de los que dispone el hospital.

Una vez llevada a cabo una correcta preparación, tanto del paciente como del personal sanitario, el celador se dispone, junto con el resto del personal que lo acompaña, si fuera necesario, a realizar el traslado.

Durante el proceso, el paciente debe sentirse tranquilo y seguro en todo momento. Por eso la figura del celador no solo deberá llevar a cabo sus funciones de manera correcta, sino que ha de intentar hacer sentir al paciente seguro, mostrándoles empatía y transmitiéndole en todo momento que sabe lo que hace. Todos estos factores asegurarán un éxito en la realización del traslado.

5 Discusión-Conclusión

La presencia de pacientes infecciosos dentro del área de hospitalización es más común de lo que nos imaginamos. Es por esto que existen una serie de protocolos de actuación para este tipo de casos.

Todo el personal sanitario que trabaje o tenga contacto con este tipo de pacientes, ha de conocer qué infección es la que tiene el paciente y sobre todo como deben

protegerse de ella.

El celador, como parte fundamental del equipo asistencial, tiene una gran responsabilidad, sobre todo a la hora de realizar el traslado. Debe realizarlo en condiciones óptimas y además deben intentar que el riesgo de expansión de la enfermedad sea el mínimo.

6 Bibliografía

1 - Consultas realizadas en bases de datos como Scielo y Medline.

2 - <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-celador-ante-el-paciente-infeccioso/>

3 - <https://manualclinico.hospitaluvrocio.es/procedimientos-generales-de-enfermería/atención-al-paciente/traslado-interno-del-paciente/>

Capítulo 612

GOBERNANTA/E EN INSTITUCIONES SANITARIAS: ORGANIZACIÓN DE COCINA: PREPARACIÓN, EMPLATADO Y DISTRIBUCIÓN

JOSE MARÍA CASARRUBIOS MAROTO

JOSE MARÍA CASARRUBIOS CARRASCO

FRANCISCO JAVIER CARRASCO CALATAYUD

1 Introducción

La alimentación en los centros hospitalarios resulta un factor clave en la recuperación del paciente. Por ello cada día se requieren procedimientos que aseguren la mayor calidad y seguridad en los platos elaborados en la cocina.

Un correcto estado nutricional del paciente puede en muchos casos mejorar su estado de salud y en cualquier caso no empeorarlo.

Para ello precisan de la ingesta de alimentos de calidad y que les garanticen una dieta equilibrada.

En los hospitales y centros sanitarios los pacientes precisan de dietas terapéuticas adaptadas a sus necesidades y patologías, por ello se debe trabajar con un nivel de seguridad alto que garantice que la dieta servida es la que corresponde al paciente.

Algunas de las principales dietas que se sirven en las cocinas hospitalarias son: dieta basal o normal, dieta túrmix, dieta líquida, dieta semilíquida, dieta blanda, dieta hiperproteica, dieta hipoproteica, dieta para pacientes diabéticos, dieta sin gluten, dieta baja en residuos. Los tipos de dieta para cada paciente son elegidos por los facultativos médicos en base al estado clínico del paciente.

En la cocina se llevan a cabo diferentes tareas entre las que destacamos la recepción de los alimentos, su correcto almacenamiento, la preparación, la elaboración de comidas, el emplatado y el reparto de las mismas.

2 Objetivos

Conocer como personal gobernanta/e en qué consiste una correcta organización de la cocina en cuanto a preparación, emplatado y distribución de los alimentos.

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

- Preparación de los alimentos:

Para una correcta preparación de los alimentos es necesario que el personal se lave las manos antes de la manipulación de cualquier alimento. Además se debe mantener limpia la zona de trabajo y también los utensilios empleados.

Lo ideal es que existan zonas diferenciadas para la preparación de cada tipo de alimento: verdura, carne, pescado, frutas. Cada zona debe disponer de un fregadero con agua fría y caliente, una mesa de trabajo, carros de transporte y recipientes para residuos estancos con accionamiento mediante pedal.

Además habrá una zona de cocción o cocinado donde se realizarán las distintas técnicas de cocinado de los alimentos: al vapor, freidoras, hornos, sartenes, ollas, etc.

- Emplatado de los alimentos:

Consiste en colocar los alimentos ya preparados sobre el plato o bandeja donde serán servidos.

El emplatado se realiza en una zona contigua a la zona de preparación de los alimentos. El personal que se encarga del emplatado deberá de preparar con suficiente antelación los útiles que precise para realizar esta tarea (carros calientes y baños maría, vajilla y cubiertos, bandejas, etiquetas)

Para el emplatado los profesionales deberán comprobar que los útiles no presentan signos de suciedad así como cerciorarse del correcto estado de los alimentos. El responsable gobernante/a se encargará de verificar y realizar el control de emplatado que debe ser cubierto a diario. El personal que se encarga del emplatado deberá llevar en todo momento gorro, guantes desechables y mascarilla. Se realizará un control aleatorio de la temperatura de los platos calientes para verificar que es la adecuada. Además se tomarán muestras de cada comida servidas que serán guardadas congeladas durante 3 días.

- Distribución de los alimentos:

Una vez que se finaliza el proceso de emplatado y cada bandeja se encuentre colocada en el carro correspondiente por orden de cama, habitación y planta hospitalaria, se transportarán los carros al montacargas, no debiendo transcurrir más de 20 minutos.

En los carros se dejan vacías al ser posible las baldas inferiores para facilitar la extracción de las mismas al personal sanitario.

5 Discusión-Conclusión

Con esta revisión hemos visto cómo se organiza una cocina hospitalaria en cuando a la preparación, emplatado y distribución de los alimentos.

El personal gobernanta/e deberá vigilar que cada proceso se realiza de forma adecuada manteniendo las condiciones higiénicas establecidas que garanticen la inocuidad de los alimentos que reciben los pacientes, de tal forma que se asegure que estos sean aptos para su consumo y que no ocasionen ningún perjuicio sobre su Salud.

Para ello se harán revisiones diarias y periódicas acerca de la limpieza y estado de las superficies de trabajo, herramientas y utensilios, aparatos y también de los almacenes.

6 Bibliografía

1. <https://www.cse.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2018/12/Principios-de-la-preparacio%CC%81n-de-alimentos-Noguera-2018.pdf>.
2. <https://saludcantabria.es/uploads/pdf/alimentosseguros.pdf>.
3. <https://www.ayto-pinto.es/normas-basicas-de-manipulacion-y-conservacion-de-los-alimentos>.

Capítulo 613

EL CELADOR EN SALUD MENTAL

MARIA JOSEFA HERREROS CALERO

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ VALERA

ROSA MONTERO NÚÑEZ

ALEJANDRA RESTA SÁNCHEZ

MARIA SATUE GABALDON

1 Introducción

Con la ley general de sanidad que se produjo con la Plena equiparación del enfermo mental con los demás pacientes y usuarios que requieren servicios sanitarios y sociales, sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general (artículo. 20 LGS) del 25 de Abril de 1986, a partir de ese día, la incorporación de los enfermos mentales disfrutaban de los mismos derechos y atenciones médicas y sanitarias que cualquier otro paciente .

El enfermo mental, está dentro de la rama que estudia la medicina como psiquiatría, esta rama, diagnóstica, pone tratamiento e intenta prevenir estas patologías mentales que privan al enfermo psíquico que las padece, del bienestar y de ser plenamente consciente de sus facultades, con capacidad de aguantar las presiones diarias del día a día, con la competencia de trabajar de manera productiva y de forma provechosa.

La figura de los mozos que prestaban sus servicios en los antiguos psiquiátricos, dieron paso a los celadores que representan ahora aquella figura, y que presta,

en la actualidad sus funciones en el ámbito hospitalario en los cuidados de estos enfermos y en el apoyo y asistencia de todo el personal sanitario que trabaja en el área de psiquiatría.

2 Objetivos

Dar a conocer la importancia que tienen las funciones de los celadores dentro del área de psiquiatría.

3 Metodología

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

4 Resultados

El celador es un trabajador del ámbito hospitalario pero reconocido como personal no sanitario, aunque forma parte activa del equipo multidisciplinar que compone el personal sanitario, siendo sus funciones fundamentales para la flexibilidad del centro y ubicado en todas las plantas y servicios de los centros de sanidad hospitalaria de la seguridad española.

Las funciones del celador vienen bien definidas en la orden del ministerio de trabajo del 5 de julio de 1971, en el artículo 14.2 donde están descritas sus competencias. Este trabajador se formará y entrenará día a día durante sus turnos de trabajo para desempeñar sus funciones con inmediatez y seguridad.

Las funciones del celador en psiquiatría son variadas y muchas comunes como en otros servicios, en salud mental estas funciones suponen contacto diario con el enfermo, vigilar las entradas y velar por las instalaciones y su buen uso, hace de ascensorista, traslada pacientes de una planta a otra, de la sala de enfermos mentales a las ambulancias para salir del centro hospitalario por el motivo que sea, transporta mobiliario, papeleo, herramientas, medicación, pruebas de diagnóstico etc...

El celador tiene otras funciones propias de la sala de salud mental como cuidar del entorno y el ambiente cuidando de que no haya ruido, y de que la luz no sea

molesta etc, beneficiando y favoreciendo a los pacientes para bien privandoles de estrés innecesario con esta medida y asegurando el descanso de estos individuos. Vigilar a los pacientes para evitar agresiones , auto agresiones, y conflictos entre pacientes o contra el personal sanitario.

Es importante destacar la ayuda que prestan estos profesionales al resto de personal sanitario en la administración de aseo personal, tratamiento a pacientes no colaboradores, reducción de pacientes agitados y la sujeción mecánica .

5 Discusión-Conclusión

El celador es la figura que más recursos comparte con sus compañeros y profesionales en el cuidado del enfermo mental, este trabajador actúa respetando y de manera empática con el paciente ingresado en este área, intentando en todo momento no perder la calma y transmitiendo seguridad, con aplomo, paciencia y mucha escucha activa.

Este tipo de paciente por sus peculiaridades mentales suele tener una convivencia dificultosa llena de frustraciones, suelen ser personas con problemas de ansiedad , de adaptación, en muchos casos con trastornos depresivos, pensamientos desorganizados, problemas de concentración, problemas de atención con tendencia al conflicto y conductualmente agresivos, donde el papel del celador es importantísimo para reconducir esta serie de problemas, apoyando al equipo de profesionales trabajan en el servicio de salud mental.

Capítulo 614

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN REANIMACIÓN (REA)

MARIA JOSEFA HERREROS CALERO

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ VALERA

ROSA MONTERO NÚÑEZ

ALEJANDRA RESTA SÁNCHEZ

MARIA SATUE GABALDON

1 Introducción

Hablar de la figura del celador es hablar de la persona que nos recibe a la entrada de un hospital ,cuando buscamos ayuda médica por la urgencia o cuando asistimos a este centro hospitalario con una cita médica buscando esta ayuda ya centralizada y esperada por el especialista.

El celador es un profesional que trabaja dentro de un hospital , codo con codo de otros profesionales clínicos ,reconocidos como personal sanitario ,al contrario de esta figura que forma parte activa del equipo multidisciplinar y que es reconocida como personal no sanitario .

El celador tiene multitareas comunes muchas de ellas y otras propias del servicio al que esté destinado ese turno de trabajo ,este profesional está entrenado con sus funciones diarias para dar servicio en cualquier area o espacio del hospital

donde se requieran sus labores , conociendo las rutinas de los servicios y todo el material y herramientas que debe usar durante su turno de trabajo.

Las funciones del celador están redactadas y bien definidas en el artículo 14.2 del estatuto del personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la seguridad social .este estatuto recogido en el boletín oficial del estado se configuró en una orden del ministerio de trabajo de españa el día 5 de julio de 1971 .

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones y la figura del celador en REA , o servicio de reanimación .

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la 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 del estudio.

4 Resultados

La REA es el servicio de reanimación es la que se encarga del cuidado intensivo del paciente crítico politraumatizado, postquirúrgico y en el trasplante de órganos ,cirugía torácica,sepsis postquirúrgica ,este area está situada dentro del servicio de quirófanos formando parte de la evolución anestesia postoperatoria.

El celador en esta unidad es consciente de la gravedad de los pacientes y actúa con sumo cuidado y empatía para preservar la vida de estos individuos ,además conoce las rutinas y protocolos del servicio ,nombre del aparataje ,su uso y herramientas que se usarán durante el turno de trabajo que pasará este profesional dentro del servicio .

La patología del preoperatorio,la intensidad del dolor y la agresividad y gravedad de la intervención determinan el tiempo que el individuo pasará en REA con la custodia del personal de enfermería ,ya que el traslado a planta no se hace

efectivo hasta que los cuidados ordinarios para el paciente se pueden realizar en ella .

Las funciones del celador en este area son ,trasladar al paciente de quirófano a REA,con toda la documentación y aparataje que porte este paciente y una vez acomodado y monitorizado ,devolverá el aparataje ,bala de oxígeno ,respirador de transporte ,monitor ,etc....a su lugar de origen ..en este caso quirófano. el celador es el encargado de ayudar al equipo multidisciplinar a movilizar al paciente ,a cambiarlo de cama ,a darle cambios posturales necesarios para el aseo y limpieza etc...estos movimientos deben hacerse con sumo cuidado ya que estos individuos tienen una gravedad extrema y cualquier movimiento fuera de control puede atentar contra la salud del paciente y hasta contra su vida .

El celador además recoge medicación de farmacia y la trasladara a REA ,recogerá el material y herramientas ya preparado y lo llevara a la sala de esterilización, en definitiva apoyara y asistirá a todos los profesionales sanitarios del area de REA.

5 Discusión-Conclusión

La figura y funciones del celador en el ámbito hospitalario y en el area de reanimación son fundamentales por el servicio que da y por la relevancia de sus funciones .

Este trabajador con tanta visibilidad está preparado para el servicio de REA tratando a los enfermos con sumo respeto ,empatía , sensibilidad y entereza, ya que este tipo de paciente muchas veces llega roto al area de reanimación, y estos profesionales tienen el deber de asistir al equipo multidisciplinar y apoyar con sus funciones a un paciente que llega en un estado lamentable donde el celador no tiene mas remedio que asumirlo con templanza .

6 Bibliografía

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

Capítulo 615

GOBERNANTE/A EN SANIDAD: EL REPARTO DE LA UNIFORMIDAD EN EL HOSPITAL

JOSE MARÍA CASARRUBIOS MAROTO

JOSE MARÍA CASARRUBIOS CARRASCO

FRANCISCO JAVIER CARRASCO CALATAYUD

1 Introducción

Todos sabemos cómo es un uniforme sanitario, a diario los vemos en películas, series de televisión y también cuando acudimos a los centros sanitarios.

Los uniformes del personal sanitario no solo sirven para identificarlos, sino que también deben de tener una serie de características:

- Deben ser cómodos y ligeros, asegurando el confort para los trabajadores.
- Deben permitir libertad de movimientos y ser transpirables.
- Tienen colores identificativos (blanco, azul o verde son los más comunes) y también el sello de la institución a la que pertenecen.
- Deben tener las mangas cortas, así como ser de tejido resistente a los desinfectantes y detergentes empleados en las lavanderías hospitalarias.
- Deben ser de un tejido que se seque de forma rápida, así como que permita la eliminación fácil de manchas y suciedad.

El uniforme del personal sanitario les protege de agentes contaminantes y también protege a los pacientes frente a microorganismos de los propios trabajadores.

El uniforme clásico que conocemos está compuesto por una casaca, un pantalón, nata sanitaria y también un calzado blanco antideslizante de tipo zueco generalmente que sea transpirable, cómodo y que cumpla con la normativa de seguridad. Todos los profesionales tienen asignados una dotación o cantidad de ropa de trabajo que les debe ser entregada para desarrollar su jornada de trabajo.

2 Objetivos

Conocer como se realiza el reparto de la uniformidad a los trabajadores del ámbito sanitario como parte de nuestra formación como gobernanta/e.

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

Cada gerencia de área de salud se reserva el derecho a elegir la distribución y el destino de la ropa procesada en el servicio de lencería.

Como decíamos el uniforme proporciona al trabajador y al paciente una barrera de protección frente a diferentes tipos de fluidos y sustancias químicas.

La distribución de la uniformidad en los centros sanitarios se realiza por parte del servicio de lencería previa autorización o petición por parte del coordinador del centro que autorice al trabajador a recibir la misma cuando este comienza a trabajar para la institución.

Cuando es la primera vez que un trabajador acude para la entrega del uniforme, la gobernanta/e del servicio de lencería abrirán una ficha nueva en la que figuren los datos del trabajador y la cantidad de dotación asignada. Hoy en día este procedimiento ya se realiza de forma digital por lo que se abre en el programa informático un nuevo fichero para el nuevo trabajador.

Las posteriores entregas y devoluciones de uniformes que realice el trabajador ya van a quedar registradas en el propio programa informático.

En el caso de que se produzcan casos como el robo del uniforme, pérdida, deterioro, manchado etc y el trabajador requiera de una dotación extra anticipada será la gobernanta/e la que autorice esta nueva entrega mediante un fichero de entrega de prendas que debe ser firmado por el trabajador, además se abrirá un parte de incidencia donde la gobernanta/e indicará el tipo de incidencia y la solución adoptada, así como la conformidad o no del trabajador. No suelen estar identificados para cada trabajador, sino que forman parte de la dotación total de lencería y se distribuyen para todos los trabajadores.

5 Discusión-Conclusión

Con esta revisión hemos visto cómo se organiza la entrega de la uniformidad a los trabajadores de los centros sanitarios como parte de nuestra formación como gobernanta/e.

Resulta esencial registrar cualquier tipo de incidencia relacionada con la uniformidad.

Hoy en día todos estos procesos están ya informatizados por lo que resulta mucho más sencillo y ágil realizar estos trámites al no tener que estar con papeleo, sino realizarse a través de programas informáticos.

El uniforme es el distintivo de los profesionales sanitarios además de ser una barrera frente a agentes patógenos tanto para el paciente como para los profesionales como hemos visto.

6 Bibliografía

- 1- uso uniforme sanitario - <https://blog.anade.com/el-uso-del-uniforme-su-influencia-y-ventajas-en-el-entorno-sanitario/>
- 2- uniformes de enfermería y equipos de protección - <https://www.prolaboral.com/es/blog/uniformes-enfermeria-y-equipos-proteccion.html>
- 3- uniformes personal sanitario - https://www.google.com/aclk?sa=l&ai=DChcSEwiE492_8v2BAxWGPAYAHZNGD_oYABAGGgJ3cw&ae=2&gclid=Cj0KCQjw4bipBhCyARIsAFsieCzNV1mNCrQ6t73aS0f2YY9oay4t5fqLAca2FxoR9f-W7dQXkO644LEaAh1KEALw_wcB&sig=AOD64_1Ne0IWmad2hsC3eavlS9fmdFEJmw&q&adurl&ved=2ahUKEwii6ta_8v2BAxVvTqQEHYcNDKY4ChDRDH0ECAEQAQ

Capítulo 616

GOBERNANTA/E EN SANIDAD: DESINFECCIÓN SANITARIA, LA TÉCNICA DEL DOBLE CUBO

JOSE MARÍA CASARRUBIOS CARRASCO

FRANCISCO JAVIER CARRASCO CALATAYUD

JOSE MARÍA CASARRUBIOS MAROTO

1 Introducción

Los gérmenes o microorganismos están presentes en nuestra vida diaria. Muchos de ellos resultan totalmente inofensivos pero otros pueden ocasionar sobre el ser humano diferentes enfermedades. La desinfección en el ámbito sanitario consiste en la inactivación o eliminación de gran parte de estos microorganismos presentes en superficies, objetos, prendas, etc.

La limpieza húmeda de las superficies consiste en el empleo de una mopa o un paño con una solución líquida de limpieza.

El personal de limpieza debe tener la formación necesaria en prevención de riesgos laborales, así como con las medidas de higiene básicas que cualquier empleado del sector sanitario debe tener como el lavado higiénico de manos y el uso de guantes desechables.

Como personal gobernanta/e somos los profesionales encargados de verificar que todos estos procedimientos se cumplan y de que las instalaciones se encuentren en las condiciones de uso adecuadas para los pacientes.

El agua es un medio sobre el que proliferan los agentes patógenos por lo que los utensilios que se emplean para la limpieza húmeda se contaminan muy fácilmente. Por ello se requiere de técnicas que eviten la propagación de estos microorganismos y en sanidad tenemos la técnica del doble cubo en la limpieza húmeda, que vamos a ver a continuación.

2 Objetivos

Conocer como se realiza la técnica del doble cubo, como un procedimiento básico de limpieza en sanidad de las superficies, garantizando la desinfección de las mismas para evitar la propagación de agentes patógenos y mantener la seguridad para el paciente.

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 zonas de elevado riesgo se propagación de microorganismos como como quirófanos, unidades de cuidados intensivos y reanimación no basta con realizar una limpieza normal, se precisan de métodos más sofisticados que eviten la diseminación de los microorganismos.

Para ello en estas zonas empleamos la técnica de desinfección sanitaria de doble cubo, donde el color azul hace referencia al cubo con agua limpia (A) y el cubo rojo (B) se destina al agua sucia.

Ambos cubos estarán situados en un carro de limpieza con ruedas que permita su fácil movilización de un lado a otro.

En el cubo A (limpio) se mezcla agua, detergente y/o desinfectante en la proporción indicada por el fabricante y según el estado de la superficie a limpiar. En el cubo B (sucio) se llena solo con la mitad de agua que en el cubo A.

Para la limpieza se empapa la fregona o mopa en el líquido A que contiene el agua limpia y el producto desinfectante. Se friega el suelo desde las zonas más sucias a las más limpias de la estancia en forma de zigzag. Una vez ya fregado el suelo, la fregona se enjuaga varias veces y se escurre en el cubo B, empleándolo para acumular el agua sucia de fregado.

En el caso de que el cubo B tenga el agua ya notablemente sucia, se cambiará las veces que sea necesario.

De esta forma se alarga la vida del líquido desinfectante contenido en el cubo A, por lo que las superficies desinfectadas no vuelven a ser recontaminadas, se emplea menor cantidad de producto y las superficies quedan más limpias y desinfectadas.

El objetivo de este procedimiento no es otro que reducir las probabilidades de la contaminación cruzada al emplear dos cubos en vez de solo uno, minimizando los riesgos en las zonas críticas anteriormente descritas.

La contaminación cruzada consiste en la transferencia de microorganismos de un lado a otro por medio de un agente intermedio, que en este caso sería la mopa o fregona de limpieza.

Como personal gobernanta debemos verificar de forma periódica que la limpieza de estas estancias se realice de forma adecuada, llevando un registro de los protocolos de limpieza.

5 Discusión-Conclusión

Hemos visto que en zonas críticas de los centros hospitalarios una limpieza al uso con un cubo de fregona no resulta suficiente para garantizar que no se propaguen los microorganismos.

Para ello tenemos la técnica de desinfección de superficies de doble cubo, donde un cubo se destina al agua limpia que utilizamos para limpiar las superficies y el otro al agua sucia donde escurrimos la fregona, evitando de esta forma la contaminación cruzada y la dispersión de los microorganismos.

Cabe destacar que la figura de la gobernanta en estos casos es verificar que las instalaciones se encuentran limpias y en perfecto estado para el uso por parte de los profesionales y pacientes de manera segura.

6 Bibliografía

- 1- material de limpieza - fuente de contaminación - <https://papelmatic.com/material-de-limpieza-cause-de-la-contaminacion-cruzada/>
- 2- contaminación cruzada - https://acsa.gencat.cat/es/seguretat_alimentaria/consells_sobre_seguretat_alimentaria/que-es-la-contaminacio-encreuada-i-com-evitar-la/index.html
- 3- doble cubo de fregado - <https://www.eurosanex.com/blog/es/2016/11/11/ventajas-utilizar-doble-cubo-fregado/>
- 4- sistema de fregado con doble cubo/ <https://www.eurosanex.com/blog/es/2016/11/11/ventajas-utilizar-doble-cubo-fregado/>

Capítulo 617

TELEFONISTA EN SANIDAD CON LA INFORMÁTICA BÁSICA: RECUPERACIÓN DE COPIAS DE SEGURIDAD

FRANCISCO JAVIER CARRASCO CALATAYUD

JOSE MARÍA CASARRUBIOS MAROTO

JOSE MARÍA CASARRUBIOS CARRASCO

1 Introducción

La digitalización de los archivos en el ámbito sanitario supuso una gran revolución, agilizando los procesos de archivo y consulta de datos de los pacientes, pero trajo consigo nuevos retos en cuanto a la protección de los mismos.

Una copia de seguridad se refiere a la realización de una copia de archivos virtuales o físicos, o una base de datos para salvaguardar su información en caso de fallos en el equipo.

Para realizar las copias de seguridad de una base de datos de archivos debemos hacer clic con el botón derecho del ratón sobre la base de datos de la cual queremos efectuar la copia, y seleccionamos la opción “Respalda del menú contextual”.

En el caso de los archivos sanitarios, contar con una copia de seguridad resulta de vital importancia dado el contenido de los mismos.

Cuando hablamos de seguridad de los datos relacionados con la salud de los pacientes, generalmente nos enfocamos en no permitir el acceso a los mismos a personas no autorizadas. Pero existe también la posibilidad de daño y pérdida de archivos...

Las copias de seguridad se realizan generalmente de forma automática cada cierto periodo de tiempo. Generalmente en el ámbito sanitario se realizan copias diarias de seguridad de los archivos que permitan salvaguardar la información de forma continua.

2 Objetivos

Exponer cómo hacer y recuperar una copia de seguridad de un archivo en caso de que este resulte dañado o extraviado, por parte del telefonista en sanidad.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

Generalmente, las copias de seguridad se realizan sobre aquellos datos que se consideran más vulnerables.

Estas copias de seguridad lo que hacen es capturar y sincronizar una instantánea de un punto que luego se emplea para volver al estado anterior de los datos guardados.

Hoy en día el almacenamiento de estas copias de seguridad se hace prácticamente en su totalidad en nubes, que transmiten los datos de las copias de seguridad a una localización remota.

En los dispositivos móviles el rescate de las copias de seguridad puede variar en función del sistema operativo: Android, iOS, Google...

Una vez realizada la copia, podremos recuperarla usando la opción Restaurar del menú contextual de la base de datos.

- En la sección general del diálogo restaurar podemos configurar los parámetros principales de la restauración.
 - Formato del archivo de copia de seguridad.
 - Nombre y ubicación del archivo de copia de seguridad.
 - Número de trabajos de restauración concurrentes (cada uno de ellos establece una conexión independiente con el servidor, lo que resulta útil en grandes bases de datos).
 - Nombre del rol que utilizaremos para autenticarnos con el servidor durante el proceso de restauración.
- En las opciones de restauración se incluyen:
 - Las Secciones de datos a restaurar: Pre-datos, Datos y Pos-datos.
 - En Tipo de objetos a restaurar
 - En no salvar, los objetos que no deseamos restaurar.
 - En consultas, el uso de Create Database para crear una nueva base de datos durante la restauración. Debemos limpiar antes de restaurar para eliminar cualquier base de datos preexistente, y clicar en Transacción simple para ejecutar la restauración en una sola operación, lo que garantiza que la restauración no tenga ningún efecto si se produce algún error en el proceso.
 - En la sección deshabilitado activaremos el uso de disparadores mientras los datos se estén cargando e ignorar los datos que fallan con un disparador activando sin datos para tablas fallidas.

5 Discusión-Conclusión

Los datos relativos a los pacientes y su estado de salud son altamente sensibles y por ello deben estar muy bien protegidos. Para ello resulta esencial utilizar herramientas como la realización de copias de seguridad sobre los archivos que permitan poder rescatar esos datos en caso de daño o extravío de los ficheros.

El personal telefonista maneja como principal herramienta de trabajo el teléfono junto al ordenador, accediendo a las bases de datos almacenadas cuando es preciso para realizar diferentes gestiones y tareas relacionadas con las consultas de los pacientes. Por ello es esencial que conozca como salvaguardar la información y proteger estos datos.

6 Bibliografía

1. <https://www.computerweekly.com/es/definicion/Copia-de-seguridad-o-respaldo>.
2. https://es.m.wikipedia.org/wiki/Copia_de_seguridad.
3. <https://apen.es/glosario-de-informatica/copia-de-seguridad/>.
4. <https://www.gadae.com/blog/para-que-sirven-las-copias-de-seguridad/>.

Capítulo 618

EL CELADOR Y SUS PRINCIPALES FUNCIONES EN EL SERVICIO DE FARMACIA DE UN CENTRO HOSPITALARIO.

MARÍA TERESA VINDEL CASTELLANO

1 Introducción

El servicio o unidad de farmacia se encarga principalmente de la administración de fármacos a las distintas unidades y servicios dentro del complejo hospitalario para cubrir las necesidades farmacoterapéuticas de los pacientes.

Una farmacia está dividida en diferentes zonas o áreas: la zona de recepción de medicamentos, las salas blancas donde se preparan medicamentos para su dispensación unitaria y fórmulas magistrales, una zona de reenvasado, el almacén y una zona de investigación.

Dentro de una unidad de farmacia trabajan en colaboración diferentes profesionales: farmacéuticos, personal de enfermería, técnicos de farmacia, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, personal celador, limpieza... formando un equipo multidisciplinar.

Este servicio depende de la dirección médica del hospital y suele estar situado dentro del complejo hospitalario en un punto céntrico para garantizar la dispensación de medicamentos a los principales servicios: unidades de cuidados intensivos, unidades de hospitalización, servicios de urgencias, partos, quirófanos, etc.

El celador es el profesional no sanitario que se encarga de tareas de apoyo a la asistencia sanitaria muy importantes para el correcto funcionamiento de los servicios sanitarios, en la unidad de farmacia sus funciones revisten gran importancia también para mantener el orden y garantizar el correcto almacenamiento y stock de los productos farmacéuticos, como vamos a ver.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones del celador en el área de farmacia.

3 Metodología

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

4 Resultados

El celador en el servicio de farmacia se encarga de la realización de las siguientes tareas:

- Recepción de la mercancía que llega al servicio de farmacia por parte de los proveedores. Comprobación de la mercancía, verificando que las cantidades se correspondan con lo pedido y que el material se encuentre en buen estado. Realizar la firma de los albaranes y hacer entrega de los mismos al personal sanitario.
- Colocación dentro de los diferentes almacenes del servicio el material recibido, teniendo en cuenta las caducidades, colocando delante lo que tenga la fecha más próxima.
- Colocar de forma adecuada los almacenes, evitando sobrecargar las estanterías, colocando la mercancía más pesada y voluminosa de forma que se tenga fácil acceso a la misma sin necesidad de coger escaleras u otros mecanismos.
- Transportar material dentro del propio servicio, así como realizar la movilización de mobiliario dentro de la unidad para realizar reestructuraciones o

limpiezas.

- Transportar hacia las diferentes unidades de hospitalización y servicios los carros de medicación y distribuir los pedidos de material, llevando con nosotros las hojas de pedido que serán firmadas por los profesionales que recepcionen la mercancía y los entregaremos al personal sanitario de vuelta en el servicio de farmacia.
- Custodiar y mantener el control de acceso a la unidad de solamente aquellas personas debidamente autorizadas.
- Mantener el correcto orden y limpieza en la unidad, avisando a sus superiores de cualquier desperfecto en las instalaciones para su reparación.
- Garantizar la correcta conservación de los medicamentos que precisen refrigeración, verificando el estado y la temperatura de las neveras o cámaras frigoríficas.
- Transportar material que sea devuelto de las distintas unidades al servicio de farmacia.
- Colaborar con los profesionales sanitarios en la realización periódica de inventarios, para controlar el stock y verificar el estado del material.
- Velar por el buen uso del material sanitario.
- Retirar aquellos productos farmacéuticos que veamos que se encuentren rotos, dañados, en mal estado o caducados, avisando al personal sanitario.
- Colaborar con el personal sanitario en aquellas tareas que seamos requeridos.
- Atender las peticiones de ventanilla o el teléfono, avisando a los profesionales sanitarios para que resuelvan aquellas cuestiones que no sean de nuestra competencia.

5 Discusión-Conclusión

En esta revisión acerca de las funciones principales del celador en el servicio de farmacia quiero destacar la importancia de nuestra figura dentro de la unidad para mantener el orden de los almacenes, algo muy importante en este servicio, ya que existe gran cantidad de material y su correcta disposición y orden hacen más fácil el trabajo de todos los profesionales. También la importancia de la vigilancia en este servicio, porque tratamos con medicamentos que pueden ser objeto de robos, por lo que el control de las puertas de acceso resulta muy importante. Normalmente en estas unidades suele haber control de acceso mediante puertas bloqueadas mediante tarjetas o pin para los trabajadores.

6 Bibliografía

1. Farmacia hospitalaria - <https://revistamedica.com/farmacia-hospital-celador/>.
2. Farmacia hospitalaria - funciones del celador - <https://congresosicepa.com/farmacia-hospitalaria-celador/>.
3. El celador en el equipo de trabajo de farmacia -<https://andalusascom.files.wordpress.com/2018/02/muestra-temario-especc3adfico-y-test.pdf>.
4. Servicio de farmacia y animalario - https://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/celador/temas/tema_7.pdf.
5. Unidad de enfermería de farmacia - <https://sectorteruel.salud.aragon.es/documentos/enfermeria/unidad-de-enfermeria-de-farmacia.pdf>.

Capítulo 619

UNA DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS Y FUNCIONES GENERALES DEL CELADOR

VÍCTOR APARICIO RODRÍGUEZ

JULIO SÁNCHEZ SERRANO

VICTOR MARTIN SILVA CARRASCO

MARIA RUBI DE LA LLAVE MARTIN

CLAUDIA PATRICIA REALES GELVES

1 Introducción

Las funciones de los celadores vienen recogidas en el Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social (artículo 14, punto 2).

El estatuto fue creado en una Orden del Ministerio de trabajo el 5 de julio de 1971, tras esto fue derogado. Actualmente, en su lugar, existen tres estatutos según la Disposición Transitoria Sexta de la citada Ley 55/2003.

A continuación se detallan algunos de los requisitos que se acogen en estas leyes de acuerdo a las funciones y el trabajo para ser celador, como por ejemplo: 1) poseer la nacionalidad española, 2) ser mayor de dieciséis años, 3) tener un certificado de escolaridad obligatoria y 4) no tener antecedentes de violencia de

género (Actualmente a todo el personal sanitario que realice actividad en centros o instituciones sanitarias se pide el certificado de delitos sexuales).

Según la comunidad autónoma y la gerencia de trabajo se podrán incluir tareas que hayan sido pactadas por los trabajadores y superiores, siempre dentro de todas las funciones del personal no sanitario.

En este capítulo se detallan los conocimientos y funciones básicas de los celadores dentro de un centro hospitalario o institución sanitaria.

También se pondrá de relieve su importante función en el traslado de pacientes, ya sea acompañándolos a pie, en silla de ruedas o camilla, según su estado físico, nivel de dependencia o movilidad.

2 Objetivos

Como objetivo principal de este trabajo se plantea:

- Exponer los conocimientos que poseen los celadores y que garantizan un cuidado adecuado a los pacientes.

Como objetivo secundario se propone:

- Analizar la responsabilidad como personal no sanitario desarrollado en las instituciones.

3 Metodología

El trabajo se ha realizado mediante una búsqueda de artículos digitales y páginas acreditadas en materia de sanidad en la que existen noticias relacionadas con el tema a tratar y de las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, escogiendo artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Palabras claves utilizadas en la búsqueda son: el celador, transporte de pacientes, transporte en camilla, transporte en silla de ruedas, personal no sanitario, responsabilidades de un celador.

4 Resultados

El Celador tiene recogidas sus funciones dentro de un cuadro legal y se encuentra en el Estatuto de Personal no sanitario dentro del artículo 14 y el punto número 2, ya que es una Orden del Ministerio del 5 de julio de 1971 publicada en acta y en BOE el 22 de julio de 1971.

El celador es considerado personal no sanitario y bajo esta denominación en las instituciones sanitarias también desarrollan otras funciones delegadas, en algunos casos provienen del personal sanitario y en otras de personal superior, como pueden ser los supervisores.

Aunque existen varias peticiones pidiendo una regularización de esta actividad, puesto que es un profesional que está en contacto directo con pacientes. Tienen como responsabilidad varias funciones que van a prevenir o ayudar en los tratamientos de curación en las personas que precisen visitar alguna institución sanitaria. Ya que, los celadores están presentes desde la Atención Primaria, Centros Residenciales y Atención Especializada (plantas de hospitalización, servicio de urgencias, unidad de cuidados intensivos (UCI) etc.).

Además, en muchos casos son el primer personal que recibe a un paciente dentro de la institución sanitaria y que desde su llegada lo va a acompañar a su destino, ya bien sea una consulta, unidad de cuidados intensivos (UCI), quirófano y además de todas las pruebas complementarias que precisen.

Otra responsabilidad y presencia de los celadores se encuentra en las unidades de quirófano; El celador va a tener que poseer unos conocimientos adecuados, puesto que tiene que colocar al paciente en la mesa de quirófano de manera adecuada con el fin que el cirujano realice la cirugía o intervención de manera adecuada.

Además, en ellos se delegan funciones de otros compañeros sanitarios como pueden ser: recuento de las balas de oxígeno, vigilancia de acceso como son las entradas y salidas al hospital, rasurar a los pacientes masculinos que precisen una intervención quirúrgica etc.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación llevada a cabo, se destaca la importancia de la figura del celador y todas las responsabilidades que pueden desarrollar en su trabajo. También la importancia de una buena formación de los profesionales (celadores), ya que debería de ser obligatoria para poder trabajar en los centros sanitarios, puesto que, en muchos casos, realizan acciones en las que son directamente responsables del paciente y poder así ser incluidos en “personal sanitario” dentro del sistema sanitario español.

Un buen profesional con los conocimientos necesarios a la hora de trasladar a un paciente, repercutirá directamente sobre el bienestar del paciente y sobre el buen funcionamiento del centro.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/celador-traslado-pacientes-silla-de-ruedas-cama-camilla>
2. Traslados en Silla de Ruedas, Cama ó Camilla - Esquemas OposSanidad (auxiliar-enfermeria.com)
3. <https://congresosicepa.com/celador-traslado-pacientes-hospital>
4. Qué es un Celador y Qué Funciones tiene en 2021 (masterd.es)
5. Diccionario panhispánico del español jurídico - RAE
6. Microsoft Word - ELO CELADOR (wordpress.com)
7. BOE.es - BOE-A-2012-809 Real Decreto 1790/2011, de 16 de diciembre, por el que se complementa el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales, mediante el establecimiento de dos cualificaciones profesionales correspondientes a la familia profesional Sanidad.

Capítulo 620

LOS CONOCIMIENTOS Y CUIDADOS BRINDADOS AL PACIENTE GERIÁTRICO POR EL CELADOR

VÍCTOR APARICIO RODRÍGUEZ

VICTOR MARTIN SILVA CARRASCO

MARIA RUBI DE LA LLAVE MARTIN

CLAUDIA PATRICIA REALES GELVES

JULIO SÁNCHEZ SERRANO

1 Introducción

La geriatría es la especialidad médica que estudia las patologías dentro del grupo de personas que han alcanzado una edad avanzada y que poseen más de dos patologías crónicas.

También el término de gerontología es el estudio del envejecimiento y su evolución que tiene a niveles fisiológicos, biológico, sociológico de las personas, y cómo afecta e incluye sus cambios.

La terminología ha cambiado con el paso de los años y se prefiere hablar de adulto mayor, al concepto de anciano. Aunque realmente se ha comprobado que la fisiopatología de las personas no se definen por la cronología de los años naturales, sino de los años biológicos.

Aunque se establece para definir la edad avanzada, a menudo se usa mayor de 65 años, esto es definido o acuñado por los seguros medicare en los Estados Unidos. porque esta es la edad que determina la elegibilidad para el seguro de Medicare en los Estados Unidos.

El celador dentro de las Unidades de Geriátría deberán prestar atención a la comodidad y mejora del bienestar de los pacientes.

Es por ello que en este trabajo se aborda la figura del Celador en el servicio de geriatría, donde los pacientes con avanzada edad necesitan unos cuidados especiales y una cierta empatía de tal manera que la estancia en el centro dentro del estado de salud del enfermo sea la más grata posible.

2 Objetivos

Como objetivo principal de este trabajo se ha propuesto desarrollar los conocimientos que el celador tiene que poseer para dar unos cuidados de calidad al paciente geriátrico.

Como objetivo secundario se ha propuesto analizar las principales funciones que los celadores tienen en las unidades de geriatría.

3 Metodología

El estudio se ha realizado a base una búsqueda sistemática de artículos digitales y páginas acreditadas en materia de sanidad en la que existían temas relacionados con el capítulo a desarrollar en las principales bases de datos: scielo, euroinova, masterd, orionformacion, celadoresonline, auxiliar-enfermeria, revis-tamedica, essaeformacion, revista-portalesmedicos elblogdelcelador, infoeducacion, escogiendo artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Palabras claves utilizadas en la búsqueda son: el celador, funciones del celador, geriatría, paciente geriátrico, empatía, formación de un celador.

4 Resultados

Los pacientes geriátricos son aquellas persona que presentan pluripatología crónica y que tiene un grado de dependencia para las Actividades Básicas de la Vida Diarias (ABVD).

Entonces, cuando una de estas patologías tienen un agravante y presenta un episodio agudo, es imprescindible su control mediante un ingreso en hospitalización, más concretamente, en las unidades de geriatría.

Estas unidades de geriatría son espacios preparados donde se les va a realizar unos cuidados acorde y dando respuesta, no solo a la patología que en ese momento ha provocado el ingreso del paciente, sino a las demás. Esto es debido a que, al ser un paciente pluripatológico va a tener un desequilibrio en las demás enfermedades que presentan. Por ejemplo, un paciente con una gastroenteritis aguda (GEA), puede tener un desequilibrio a nivel electrolítico y afectar a nivel renal.

Existen casos en los que esos cuidados se hacen en el mismo domicilio del paciente, puesto que de alguna manera puede realizar vida normal con algunas limitaciones, pero en muchos casos debe ser hospitalizado o ingresado en residencias adaptadas.

Cuando el paciente precisa ayuda para su movilidad total o parcial, el celador será la primera persona responsable, junto con el equipo de enfermería y Auxiliares en Cuidados de Enfermería (TCAE), en realizar las movilizaciones necesarias para prevenir las Úlceras por Presión (UPP), ayudar a mantener la autonomía, en la higiene diaria, en las comidas etc.

En caso de realizar movilizaciones los celadores tienen que poseer unos conocimientos básicos de como llevarlas a cabo de manera adecuada para evitar posibles complicaciones al paciente como a él mismo.

También en celador tendrá que poseer unas aptitudes adecuadas para enfrentarse a los pacientes y tener una escucha activa tanto con el cómo a los familiares.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión a este trabajo se da respuesta el objetivo de estudio propuesto en un principio el cual engloba y resalta la figura del celador ante los cuidados del paciente geriátrico.

El celador es una pieza fundamental en los cuidados mas fisiológicos y en atención a las necesidades básicas de las personas en situación de dependencia.

Si con todo ello la formación del celador es adecuada y posee la sensibilidad necesaria para el trato del paciente geriátrico, el ambiente será más agradable,

tranquilo, respetuoso, la colaboración entre trabajadores, trabajadores-pacientes, trabajadores-familiares de pacientes.

Todo esto será más satisfactorio y por lo general la calidad asistencial será mayor y podrá ser aplicable a todo tipo de pacientes en la institución en la que nos encontremos.

6 Bibliografía

- 1- <https://revistamedica.com/celador-traslado-pacientes-silla-de-ruedas-cama-camilla>
- 2- El celador ante el paciente geriátrico: ¿una formación necesaria? - Ocronos - Editorial Científico-Técnica (revistamedica.com)<https://congresosicepa.com/celador-traslado-pacientes-hospital>
- 3- Qué es un Celador y Qué Funciones tiene en 2021 (masterd.es)
- 4- El paciente geriátrico en urgencias (isciii.es)
- 5- Diccionario panhispánico del español jurídico - RAE
- 6- www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/la-importancia-de-la-comunicacion-celador-paciente

Capítulo 621

LA RESPONSABILIDAD Y LOS CONOCIMIENTOS DEL CELADOR EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

VÍCTOR APARICIO RODRÍGUEZ

VICTOR MARTIN SILVA CARRASCO

MARIA RUBI DE LA LLAVE MARTIN

CLAUDIA PATRICIA REALES GELVES

JULIO SÁNCHEZ SERRANO

1 Introducción

El celador es aquel profesional no sanitario que trata de garantizar el buen funcionamiento de un centro sanitario, siendo el encargado de la movilización y traslado de enfermos tanto dentro como fuera del centro, traslado de documentación y aparataje sanitarios y prestar asistencia en todo momento dentro de sus funciones al personal sanitario.

Las funciones del celador pueden estar diferenciadas según el servicio donde se encuentre, los diferentes servicios pueden ser: información, urgencias, quirófanos, unidad de cuidados críticos, servicios geriátricos...

Las funciones del Celador y del jefe de Personal Subalterno, siguen vigentes en el Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las instituciones Sanitarias de

la seguridad Social, en la Orden del Ministerio de trabajo de 5 de julio de 1971, Art. 14.

En este capítulo nos centraremos en las funciones del celador en la unidad de cuidados críticos.

Estos últimos años los centros sanitarios españoles han diferenciado las unidades asignadas al cuidado de pacientes más graves. Tradicionalmente esas unidades eran conocidas como UVI (Unidad de vigilancia intensiva) pero actualmente han pasado a llamarse UCI (Unidad de cuidados intensivos).

Existen hospitales que para diferencias los pacientes más graves y complejos se le ha denominado a la unidad UCC (Unidad de cuidados críticos).

El celador en este servicio tiene un doble papel, por un lado, dar asistencia al personal sanitario y por otro servir de conexión con los otros servicios del centro.

2 Objetivos

Conocer las funciones que tiene el celador en las unidades de cuidados intensivos. Conocer qué conocimientos tienen que poseer para brindar un cuidado de calidad a los pacientes.

3 Metodología

El estudio se ha realizado a base una búsqueda sistemática de artículos digitales y páginas acreditadas en materia de sanidad, así como en buscadores en la que existían temas relacionados con el capítulo a desarrollar en las principales bases de datos: escueladelaoposicion, sinfsa, revistamedica, auxiliar-enfermeria, faeditorial, congresosfnn, escogiendo artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Palabras claves utilizadas en la búsqueda son: el celador, funciones del celador, formación de un celador, el celador en uci, el celador en uvi, personal sanitario, personal no sanitario.

4 Resultados

En este tipo de unidades ya sean determinadas con unas siglas u otras, son servicios de una alta complejidad debido a que los pacientes necesitan unos cuidados intensivos para poder seguir con vida en la mayoría de los casos.

El celador destinado a este servicio debe de estar muy bien preparado y formado especialmente en la realización de cambios posturales y manejo de grúas, ya que los pacientes ingresados deben de ser movilizados con sumo cuidado para que el estado de estos no empeore.

Es fundamental que el celador domine los diferentes tipos de posturas, así como su vocabulario para que no haya equivocaciones entre la comunicación del personal sanitario y el celador.

Las principales posturas son:

- Decúbito supino o prono.
- Decúbito lateral derecho o izquierdo.
- Posición de Fowler.

Las principales funciones de un celador a realizar abarcan desde prestar asistencia en todo momento al personal sanitario dentro de nuestras funciones hasta:

- Traslado del paciente desde la dependencia donde se encuentre hasta las unidades especiales.
- Ayuda en el aseo y cambios posturales del paciente.
- Transportar todos aquellos aparatos, materiales y documentación que les indiquen sus superiores.

La responsabilidad que se le presupone tanto a un celador como a cualquier otro integrante dentro de la institución sanitaria donde se encuentre siempre es máxima.

Los celadores están en continuo contacto con pacientes, aparatos y documentación, así que se nos exigirá responsabilidad en todo momento.

Son unidades en las que un buen trabajo en equipo ayuda a desempeñar el trabajo de manera óptima, así que una buena comunicación con todos sus miembros y profesionalidad dentro de cada uno de los puestos contribuirán a una mayor calidad del servicio.

Enumeraremos una serie de responsabilidades que se le presuponen a un celador:

- Vigilancia del servicio y que no se altere el orden.
- Estar atentos en todo momento y dispuestos a prestar asistencia a quien lo requiera.
- Comprobar que todo el material a utilizar por parte del celador (camas, grúas, arneses...) están en correcto funcionamiento.
- Avisar a los superiores de cualquier desperfecto.
- Garantizar que todo el mundo porta los equipos de protección necesarios para la salud tanto de los trabajadores como de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

El celador en la unidad de cuidados críticos desempeña un papel fundamental para los correctos cuidados de los pacientes.

El celador destinado a un servicio así debe de tener una formación adecuada que se debería exigir a la hora de destinar a un trabajador a un servicio similar porque el trato con pacientes que requieren de unos cuidados tan especiales requiere de conocimientos y un sentido de la responsabilidad acorde al puesto.

Hoy en día para acceder a un puesto de celador las titulaciones que se le exigen son prácticamente nulas, se piden una serie de requisitos muy básicos que se pueden obtener fácilmente para optar a un puesto de trabajo.

6 Bibliografía

- 1- www.euroinnova.edu.es/blog/que-es-un-celador
- 2- www.escueladelaoposicion.com/funciones-del-celador-y-del-jefe-de-personal-subalterno/
- 3- <https://fisiostar.com/celador/funciones-celador-urgencias-uci-uvi>
- 4- <https://revistamedica.com/celador-uci/>
- 5- www.auxiliar-enfermeria.com
- 6- <https://www.faeditorial.es/capitulos/el-celador-en-la-uci.pdf>
- 7- https://congresosfnn.com/wp-content/uploads/2020/02/congreso-internacional-urgencias/poster-congreso-internacional-urgencias/2020-02-11_5e42bb3a877d1_ELCELADORENLAU.pdf

Capítulo 622

MOVILIZACIONES DE PACIENTES MÁS COMUNES POR PARTE DEL CELADOR

VANESA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO

NEREA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO

MARIA PILAR MARTIN BUITRAGO DIAZ

PABLO FERNANDEZ PANIAGUA GALAN

1 Introducción

Entre las funciones principales de los celadores está la movilización de pacientes, bien de forma individual, bien acompañado de otro celador, o bien en colaboración con los auxiliares de enfermería. Las movilizaciones requieren técnicas que el celador debe aprender para no dañar a nadie, ni al paciente ni a sí mismo. El objeto del presente capítulo es exponer qué tipo de movilizaciones de pacientes son más comunes de las que realiza el celador, existen más que se practican de forma esporádica, nos vamos a centrar en los manuales, y también en aquellas que se realizan utilizando medios mecánicos, como grúas, arnés...

Las movilizaciones varían dependiendo del tipo de paciente y del tipo de afecciones que tiene, no es lo mismo realizar una movilización con un paciente inconsciente, que no colabora, que en un paciente colaborador. Partiendo de determinados condicionantes que debemos tener en cuenta: contraindicaciones del movimiento en determinadas patologías, pacientes con hemiplejias o un paciente

tetrapléjico. El celador se deberá informar en cada caso sobre la situación del paciente adaptando la técnica adecuada a la movilización a realizar, que tendrá unas aplicaciones u otras dependiendo de la patología y el grado de colaboración del paciente. Valorando la movilización manual o el uso de sistemas técnicos que pueden estar indicados en unos pacientes y no en otros.

2 Objetivos

Definir y relacionar cuáles son las movilizaciones más comunes realizadas por los celadores en su trabajo con los pacientes.

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

Las movilizaciones de pacientes más comunes son las siguientes:

- ☒ Movilización consistente en mover al paciente hacia la cabecera de la cama: según las condiciones físicas del paciente y sus posibilidades de colaboración la movilización se realizará con ayuda de otro trabajador o con ayuda de dos asistentes.
- ☒ Colocación del paciente hacia la postura decúbito lateral: normalmente se realiza para realizar cambios posturales y evitar la aparición de úlceras por presión, a la hora de hacer la cama ocupada y para el aseo del paciente.
- ☒ Mover al paciente de un lado a otro de la cama: normalmente es una técnica que se realiza entre dos personas y que se utiliza como paso previo para desarrollar otra técnica como el traslado a la silla de ruedas.
- ☒ Colocar el paciente decúbito prono: el objetivo es que gire sobre el brazo inferior que se ha acercado previamente a su cuerpo, flexionando el brazo y la pierna que esté más cerca del borde.
- ☒ Incorporar a un paciente en una silla: el objetivo es que una vez sentado, el paciente por inercia se va desplazando hacia abajo y la tarea del celador es colocarlo

en la posición correcta.

☒ Situar al paciente al borde de la silla: técnica utilizada para hacer una transferencia, como colocarlo de pie.

☒ Sentar al paciente en el borde de la cama: lo ideal es partir de la posición decúbito lateral, es la que resulta menos complicada, aunque también podemos colocar al paciente primero en posición Fowler.

☒ Incorporar al paciente de la cama: el primer paso es sentar al enfermo en la cama, se trata de un trabajo cómodo si se utiliza una cama articulada, el celador sirve de apoyo para que el paciente pueda conseguir incorporarse.

5 Discusión-Conclusión

Mediante el presente artículo se han puesto de manifiesto las principales movilizaciones que llevan a cabo los celadores en un centro sanitario, generalmente este tipo de técnicas se realizan en unidades de hospitalización habituales, ya que unidades más especializadas como las Unidades de Cuidados Intensivos precisan técnicas más depuradas y adaptadas a la situación del paciente. Son movilizaciones habituales que se practica cada día, y no por ello hay que relajar la técnica.

Lo esencial en el desarrollo de las principales técnicas de movilización es conocer el protocolo y contar la formación adecuada para su desarrollo, sin causar dolor al paciente y sin dañar al celador.

6 Bibliografía

- 1.- Ley 5/2018, de 22 de Junio, sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida. Título II Deberes de los profesionales que atienden a la persona durante el proceso del final de su vida.
- 2.- Ley Orgánica 3/2021 de 24 de marzo de regulación de la eutanasia.
3. - Orden del Ministerio de Trabajo de 5 de Julio de 1971, sobre el Estatuto del personal no sanitario. <https://fisiostar.com/celador/funciones-celador-área-rehabilitación>.

Capítulo 623

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL TRASLADO DE PACIENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

CRISTINA LUCÍA BRULL RODRÍGUEZ

AURORA ALMENDROS GARCÍA

ISMAEL GARCIA OCAÑA

JOSÉ JUAN TAPETADO VILLANUEVA

YOLANDA HUECAS HERAS

1 Introducción

La atención en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) implica la movilización segura de pacientes. Los celadores juegan un papel crucial en este proceso. Esta investigación examina las funciones y desafíos del celador en el traslado de pacientes de UCI.

Los servicios de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) desempeñan un papel fundamental en la atención médica crítica. En este contexto, los celadores, como parte integral del equipo de atención, juegan un rol crucial en el traslado de pacientes en condiciones delicadas. Esta investigación se propone explorar y comprender en profundidad las funciones y desafíos del celador en el proceso de traslado de pacientes de UCI.

La justificación de este estudio radica en la necesidad de mejorar la seguridad y la calidad de la atención en las UCI, donde cada acción puede tener un impacto significativo en la vida de los pacientes. Al analizar detenidamente el rol de los celadores en esta tarea, podemos identificar áreas de mejora, desarrollar protocolos más efectivos y, en última instancia, contribuir a garantizar un entorno más seguro y eficiente para los pacientes críticos.

Este estudio busca llenar un vacío en la literatura médica al enfocarse en una parte esencial pero a menudo subestimada de la atención médica en UCI: el trabajo del celador en el traslado de pacientes.

2 Objetivos

El objetivo general de este estudio de investigación es analizar y comprender el papel del celador en el traslado de pacientes de 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

Se han identificado varios hallazgos importantes luego de una extensa investigación sobre la función del enfermero durante el traslado de pacientes a la unidad de cuidados intensivos del hospital. La observación directa, entrevistas y cuestionarios permiten un acercamiento a la realidad del día al día de la actuación del celador en la unidad de cuidados intensivos.

En primer lugar, se ha confirmado que el celador desempeña un papel crucial en este proceso, contribuyendo a la seguridad y el bienestar de los pacientes. Además, se encontró que las responsabilidades del celador en el traslado incluyen la movilización adecuada de los pacientes, la comunicación efectiva con el personal médico mediante protocolos preestablecidos y la resolución de situaciones de emergencia.

Los resultados revelan que el celador es esencial en el traslado seguro de pacientes de unidad de cuidados intensivos. Los protocolos y la capacitación adecuada son cruciales para minimizar los riesgos.

De todo esto se puede deducir que existe una necesidad de formación continua y específica para los celadores en el contexto de la unidad de cuidados intensivos y el traslado de pacientes. Esto garantizaría un desempeño óptimo y la minimización de riesgos.

También se sugiere la implementación de protocolos estandarizados para el traslado de pacientes, que facilitarían la coordinación entre el personal de salud y los celadores.

Este estudio resalta la importancia del celador en el traslado de pacientes de la unidad de cuidados intensivos y subraya la necesidad de mejorar la formación y los procedimientos en este ámbito para garantizar la seguridad y el cuidado de los pacientes críticos. Estos resultados tienen implicaciones significativas para la calidad de la atención médica en entornos de cuidados intensivos y la optimización del trabajo del personal hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

Las conclusiones de este estudio sobre el celador en el traslado de pacientes de UCI destacan la importancia crítica de su papel en la atención médica.

Se ha demostrado que los celadores desempeñan un rol esencial en la seguridad y el bienestar de los pacientes durante los traslados, contribuyendo significativamente a la prevención de incidentes y la mejora de la calidad de atención. Se ha identificado la necesidad de una formación especializada y continua para los celadores. También se ha concluido que es muy importante la necesidad de protocolos estandarizados que promuevan una comunicación efectiva y de una coordinación eficiente con el personal médico con el fin superior de garantizar la seguridad del paciente.

Para futuras investigaciones, se recomienda profundizar en la evaluación de la efectividad de programas de capacitación específicos para celadores y su impacto en la seguridad del paciente. Asimismo, sería valioso investigar cómo las tecnologías emergentes pueden optimizar aún más la labor del celador en el traslado de pacientes. Este estudio sienta las bases para una comprensión más completa y una mejora continua de la contribución del celador en entornos críticos de atención médica, y se espera que inspire investigaciones adicionales que beneficien

tanto a los profesionales de la salud como a los pacientes.

6 Bibliografía

1. Revista Médica. (s.f.). El celador en Medicina Intensiva y Reanimación. Recuperado de <https://revistamedica.com/celador-medicina-intensiva-reanimacion-salud/>
2. Celadores Online. (s.f.). Test 192. Actuación del Celador en el Servicio de Urgencias. Recuperado de <http://celadoresonline.blogspot.com/p/test-192-actuacion-del-celador-en-el.html>
3. Celadores Online. (s.f.). Test 10. Funciones de los Celadores. Recuperado de <http://celadoresonline.blogspot.com/p/test-10-funciones-de-los-celadores-y.html>
4. SINFA. (s.f.). EL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. Recuperado de <https://sinfa.com/producto/el-celador-en-la-unidad-de-cuidados-intensivos/>
5. Revista Sanitaria de Investigación. (s.f.). El celador y sus funciones en la unidad de cuidados intensivos. Recuperado de <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-celador-y-sus-funciones-en-la-unidad-de-cuidados-intensivos/>
6. Revista Médica. (s.f.). Técnicas usadas por el celador para la movilización de pacientes. Recuperado de <https://revistamedica.com/tecnicas-usadas-celador-movilizacion-pacientes/>
7. Revista Médica. (s.f.). La Unidad de Cuidados Intensivos y el celador. Recuperado de <https://revistamedica.com/cuidados-intensivos-celador/>
8. Experiencia laboral en Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria)

Capítulo 624

INTERACCIÓN ENTRE EL CELADOR Y DEMÁS PROFESIONALES DEL HOSPITAL

ANTONIO BRENES SAUCEDA

MARIA TERESA GARCIA RODRIGO

RICARDO BRENES SAUCEDA

1 Introducción

El trabajo en equipo es el arma perfecta para que todo se desarrolle en condiciones óptimas y precisas de cara a un denominador común, el paciente que es el resultado final de una buena coordinación, aunque no sea tan fácil como se piensa y tiene bastantes dificultades.

Siempre hay una institución detrás de un equipo, llámese O.N.G., un hospital o una empresa.

Un hospital tiene sus propias reglas, leyes de funcionamiento, organización, ingresos y salidas.

El trabajo en equipo en un hospital tiene como denominador común resolver los problemas de salud que el paciente padezca, de ahí la importancia de la coordinación y el buen hacer del equipo.

Dentro del equipo cada miembro desarrollará sus funciones en forma coordinada y con las responsabilidades compartidas por sus miembros para conseguir entre todos un objetivo común. Para conseguir este objetivo es más importante tener

en cuenta que haya una buena comunicación, buen ambiente de trabajo, permitiendo y promoviendo la participación de los demás integrantes del equipo.

En los últimos años han aumentado las urgencias, las mismas superan a las atendidas en los centros hospitalarios, el equipo está formado por médicos, enfermeros y celadores.

Se trata de afianzar el trabajo particular de cada categoría profesional y que en conjunto todo funcione como un engranaje bien engrasado.

2 Objetivos

Describir los aspectos clave y ventajas de un adecuado trabajo en equipo en el hospital, resaltando la importancia de una adecuada comunicación.

3 Metodología

Para la confección de este capítulo se ha llevado a cabo un trabajo de investigación en el que se han consultado diferentes publicaciones científicas. Estas publicaciones han sido libros, revistas así como artículos publicados en internet. Otra fuente de información que se ha utilizado para la elaboración de este trabajo ha sido la información transmitida por profesionales con muchos años de experiencia a los que se ha requerido dicha información y que tan amablemente la han ofrecido.

4 Resultados

- La colaboración y buena organización entre los distintos grupos de profesionales hace que la carga de trabajo disminuya.
- El trabajo en común produce mejor resultado que el trabajo individual, al unir conceptos y técnicas se evitan problemas entre los distintos profesionales que forman el equipo.
- Permite una mejor organización y resultados.
- Se desarrolla el respeto y la escucha.
- Aumenta la motivación de los profesionales.
- Proporciona mayor satisfacción laboral individual a los miembros del equipo
- El paciente recibe una mejor atención.

Un grupo de trabajo tiene que reunir unas características que faciliten su desarrollo, esto no significa que todos sus objetivos determinen el éxito buscado.

También puede ocurrir que un equipo de trabajo funcione en un determinado tiempo y luego deje de hacerlo, un eficaz equipo de trabajo no es garantía de serlo continuamente pero sí su propósito.

Mejora en la seguridad del paciente, calidad del servicio y capacitación del equipo.

No se trata de competir con el compañero sino de conseguir objetivos comunes entre todos. Esto no es tan difícil como puede parecer. La cooperación produce una serie de recompensas afectivas, la aceptación por parte de otros y el crecimiento de autoestima que reconfortan gratamente.

El trabajo bien hecho reconforta a nivel personal y lo que es más importante, repercute en el paciente y en el más eficiente tratamiento de su afección. El trabajo bien hecho recompensa cuando ves al paciente abandonar el hospital recuperado. Ese es el objetivo buscado y el resultado más reconfortante.

El trabajo en equipo permite la formación continuada, así como las reuniones para poder tratar posibles conflictos, estrategias y diversas propuestas para afrontarlos juntos.

El liderazgo dentro del grupo es importante. La figura de un moderador en toda reunión es necesaria. Dicha figura moderará y dirigirá los encuentros y animará al consenso, siempre por el bien del equipo y objetivos. El número de componentes ha de ser el que realmente se necesite, tampoco será procedente adherir a más personal del necesario para el servicio.

5 Discusión-Conclusión

La formación del personal y el trabajo en equipo refuerzan la calidad asistencial y favorece la relación del equipo lo cual repercute de forma positiva en productividad, seguridad y desarrollo profesional.

Para el trabajo en grupo es muy importante desarrollar las habilidades sociales: comunicación, liderazgo y relaciones interpersonales. Esto ayudará en gran medida a tomar decisiones en equipo que siempre redundará en un mejor resultado del trabajo. Este método siempre aventajará en beneficios al trabajo individual. Se comparten responsabilidades y se unen capacidades complementarias. Lo colectivo es más productivo que lo individual.

Para un buen trabajo en equipo se necesita tener una buena organización grupal y algunas características para que todo fluya de la mejor manera.

Para un buen trabajo en equipo hay que tener en cuenta los valores y buena comunicación entre los miembros del equipo además de estar comprometido con el objetivo a lograr.

6 Bibliografía

- Funciones de celadores recogidas en el artículo 14, punto 2, Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.
- Revista Electrónica de Portales Médicos
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
- <https://medlineplus.gov/spanish/>.
- <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 625

RADIOLOGÍA DE URGENCIAS, TRASLADO DE PACIENTES POR EL CELADOR

ANTONIO BRENES SAUCEDA

MARIA TERESA GARCIA RODRIGO

RICARDO BRENES SAUCEDA

1 Introducción

El trabajo de los celadores en el servicio de radiología consiste en trasladar al paciente desde su lugar de ubicación (urgencias o planta) hasta el servicio de radiología y auxiliar al técnico de rayos (Técnico Superior de Imagen para Diagnóstico, TSEK) a colocar adecuadamente al paciente para realizarle las exploraciones indicadas. Aunque aparentemente el trabajo puede parecer sencillo, se requiere una cierta preparación para saber actuar correctamente en todos los escenarios posibles. Lo habitual es que un solo celador se encargue del traslado del paciente, quedando durante el trayecto a su cargo y responsabilidad, atendiendo siempre las necesidades del paciente.

- Identificaremos al paciente
- Valoración de la ayuda que pueda necesitar, la solicite o no.
- Traslado del paciente según necesidad de este (silla de ruedas, camilla...)

Se trata de uno de los servicios más demandados del hospital y no siempre los recursos son los deseados, pues puede demandarse en un corto plazo de tiempo

mucha cantidad de pruebas diagnósticas que pueden llegar a colapsar el servicio por falta de medios radiodiagnósticos a la vez que de personal.

Aquí estudiaremos las distintas metodologías que se utilizarán en el traslado de pacientes al servicio de radiología de urgencias, teniendo siempre en cuenta y haciendo hincapié en las pautas a seguir con el paciente.

Los estudios radiológicos de urgencias se realizan a pacientes que requieren una atención médica inmediata, ya que muchas veces la vida del paciente depende de un rápido diagnóstico y posterior tratamiento.

2 Objetivos

- Hacer hincapié en las responsabilidades que el celador tiene a la hora de trasladar a los pacientes al Servicio de Radiología.

- Incidir en la necesidad de la preparación necesaria del celador para realizar con éxito su labor.

3 Metodología

Para la confección de este capítulo se ha llevado a cabo un trabajo de investigación en el que se han consultado diferentes publicaciones científicas. Estas publicaciones han sido libros, revistas así como artículos publicados en internet. Otra fuente de información que se ha utilizado para la elaboración de este trabajo ha sido la información transmitida por profesionales con muchos años de experiencia a los que se ha requerido dicha información y que tan amablemente la han ofrecido.

4 Resultados

Los procesos asistenciales se agilizan con la colaboración del celador y como consecuencia el paciente recibe un pronto diagnóstico y tratamiento.

Para conseguir eficacia y eficiencia en el servicio de radiodiagnóstico de un hospital se precisa lograr una especial organización y sincronización entre el equipo humano que lo integra: técnicos de rayos y celadores.

En este servicio debido a su carga de trabajo, con prisas y estrés en muchos momentos del día, por urgencia en los tratamientos, la comunicación y el buen ambiente entre los compañeros de servicio es un aporte importante de cara al resultado final del trabajo.

El celador debe estar preparado para las movilizaciones que requiera el paciente para realizar la prueba pertinente, así como conocer perfectamente la ubicación de los servicios donde sea requerido dentro del hospital, para demorar lo menos posible la ejecución de la prueba que precise.

También es importante la comunicación con el paciente, transmitir tranquilidad y explicar donde lo lleva y que ha de seguir los pasos que le indique el técnico de rayos. La buena ejecución de todo el grupo que interviene en este proceso es fundamental en el diagnóstico, evolución y mejora para el paciente.

A la hora de movilizar a un paciente con unas capacidades de movimiento reducidas, se han de emplear una serie de medios auxiliares para realizarlo sin peligro y que faciliten dicho traslado (silla de ruedas, andadores, camas, transfer, etc.)

La formación del celador será pieza clave a la hora de llevar a cabo las movilizaciones que requiera la patología del enfermo. Por eso es necesaria y crucial una formación continua y actualizada del celador en esta materia.

Para que estos traslados se realicen con todas las garantías necesarias para la máxima seguridad del paciente es importante también el óptimo estado de todo el material necesario para el traslado.

5 Discusión-Conclusión

El servicio de radiología es de los más demandados en un centro hospitalario con lo que tiene una importante carga de trabajo.

Para su buen funcionamiento es necesario desarrollar una especial organización y sincronización entre todo el equipo humano que se encarga de su ejecución: técnicos de rayos, celadores, para que el trabajo fluya con agilidad.

La correcta identificación de todos los pacientes es fundamental para evitar errores en el traslado de estos.

Para realizar los traslados es fundamental que nos aseguremos que todo el material sanitario que porta el paciente va en las condiciones adecuadas para el trabajo: sueros, botellas de oxígeno, bolsas de orina, fluidos, etc.

El celador tiene contacto directo con el paciente y es personal de alto riesgo frente a enfermedades contagiosas.

6 Bibliografía

-Funciones celadores recogidas en el artículo 14, punto 2, Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.

-Ocronos, Editorial Científica y Técnica

Capítulo 626

ERGONOMÍA DEL CELADOR EN LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES

CRISTINA LUCÍA BRULL RODRÍGUEZ

AURORA ALMENDROS GARCÍA

ISMAEL GARCIA OCAÑA

JOSÉ JUAN TAPETADO VILLANUEVA

YOLANDA HUECAS HERAS

1 Introducción

La ergonomía desempeña un papel crucial en el ámbito de la atención médica, donde la seguridad y el bienestar de los pacientes y de los celadores son de suma importancia. En este contexto, mi estudio de investigación se centra en la ergonomía del celador en la movilización de pacientes, una tarea fundamental pero a menudo subestimada en la atención hospitalaria. La movilización de pacientes implica trasladar a individuos de un lugar a otro dentro del entorno clínico, ya sea para realizar exámenes médicos, cambios de habitación o cirugías. Es una tarea que requiere destrezas físicas considerables, y su impacto en la salud del paciente y la seguridad del personal de atención médica es innegable.

La justificación de esta investigación radica en varios aspectos críticos. En primer lugar, la movilización incorrecta de pacientes puede dar lugar a lesiones tanto en el paciente como en el celador, lo que puede tener un impacto significativo

en la calidad de atención, los costos de atención médica y los costes laborales en forma de incapacidades temporales. Además, la ergonomía adecuada en la movilización puede mejorar la eficiencia y reducir el agotamiento del celador, lo que contribuye a un entorno de trabajo más seguro y eficaz. Asimismo, en un mundo donde la carga de trabajo de los profesionales de la salud es cada vez más abrumadora, optimizar la ergonomía en la movilización puede ayudar a mitigar el riesgo de agotamiento y lesiones laborales.

Este estudio de investigación tiene como objetivo proporcionar una comprensión más profunda de los desafíos ergonómicos en la movilización de pacientes y desarrollar pautas y prácticas recomendadas que puedan mejorar la seguridad y el bienestar tanto de los pacientes como de los celadores. A través de la recopilación y análisis de datos, este estudio contribuirá al avance de la atención médica al abordar un aspecto esencial pero a menudo subestimado de la seguridad y la eficiencia en el entorno hospitalario.

2 Objetivos

Comprender en profundidad los desafíos ergonómicos que enfrentan los celadores al movilizar pacientes y proponer recomendaciones y estrategias que contribuyan a la seguridad, eficiencia y bienestar tanto de los pacientes como del personal de salud, con especial atención a los celadores.

3 Metodología

- **Revisión Bibliográfica Inicial:** se ha realizado una revisión de la literatura existente sobre ergonomía en la movilización de pacientes y las prácticas de los celadores. Esto permitirá comprender el estado actual del campo e identificar las áreas clave que requieren investigación.
- **Definición de Variables:** se han definido las variables clave de estudio, como las técnicas de movilización, las condiciones de trabajo, las lesiones relacionadas con la movilización y otros factores ergonómicos relevantes.
- **Selección de Participantes:** se ha seleccionado una muestra representativa de celadores que participarán en el estudio, considerando factores como la experiencia laboral y el tipo de pacientes que movilizan.
- **Recopilación de Datos Cuantitativos:** se han utilizado herramientas ergonómicas como el método MAPO (Movilización Asistencial de Pacientes Hospitalizados) u otras técnicas de observación para registrar datos cuantitativos sobre las

prácticas de movilización, posturas de trabajo, carga física, ... Estos datos pueden incluir mediciones de fuerza, ángulos de postura, y tiempo dedicado a la movilización.

- Cuestionarios y entrevistas: se han realizado cuestionarios y entrevistas estructuradas con los celadores para recopilar datos cualitativos. Preguntas sobre su percepción de la ergonomía en el trabajo, experiencias con lesiones relacionadas con la movilización y sugerencias de mejora pueden ser relevantes.
- Recopilación de datos contextuales: se ha recopilado información contextual sobre el entorno de trabajo, la carga de pacientes y otros factores que puedan influir en la ergonomía.
- Análisis de datos: se han utilizado herramientas estadísticas para analizar los datos cuantitativos y cualitativos recopilados. Esto incluye la identificación de tendencias, correlaciones y patrones relacionados con la ergonomía en la movilización de pacientes por parte de los celadores.
- Comparación con estándares y pautas: se han comparado los resultados obtenidos en el estudio con estándares y pautas ergonómicas existentes, como las establecidas por la ISO. Todo ello para evaluar el cumplimiento de las prácticas actuales con las mejores prácticas ergonómicas.
- Generación de recomendaciones: después de realizado el estudio, se han generado recomendaciones específicas para mejorar la ergonomía en la movilización de pacientes por parte de los celadores.

4 Resultados

En este estudio de investigación sobre la ergonomía del celador en la movilización de pacientes, se obtuvieron resultados y conclusiones de gran relevancia. En primer lugar, se identificó que la movilización de pacientes es una tarea que expone a los celadores a riesgos significativos de trastornos musculoesqueléticos (TME). Se demostró que el conocimiento de las posiciones anatómicas adecuadas y el uso de técnicas ergonómicas por parte de los celadores son fundamentales para reducir estos riesgos. Además, se encontró que la capacitación y la concienciación ergonómica son esenciales para mejorar la seguridad y la eficiencia en la movilización de pacientes.

También se observó que existe una variabilidad considerable en las técnicas utilizadas por los celadores para movilizar a los pacientes, y la adaptación a las necesidades y patologías específicas de cada paciente es esencial por lo que cada caso concreto puede ser diferente según el contexto y la patología de cada pa-

ciente. Se concluyó que la formación continua y la implementación de protocolos ergonómicos son cruciales para garantizar una atención segura y de calidad.

En resumen, el estudio enfatiza la importancia de la ergonomía en la labor del celador durante la movilización de pacientes, destacando la necesidad de medidas preventivas y la promoción de buenas prácticas ergonómicas para reducir los riesgos de trastornos musculo esqueléticos y mejorar la calidad del cuidado proporcionado. Estos resultados tienen implicaciones significativas en la seguridad laboral de los celadores y en la atención médica en general.

Si fuera posible, se debería colaborar con instituciones médicas para implementar las recomendaciones y posteriormente evaluar su impacto en la práctica real intentando que estas conclusiones lleguen a la comunidad médica y a quienes toman decisiones en el ámbito de la salud.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, en este estudio de investigación sobre la Ergonomía del celador en la movilización de pacientes se ha revelado que la implementación de prácticas ergonómicas es fundamental para prevenir lesiones músculo-esqueléticas y promover la seguridad en el entorno de trabajo de los celadores.

Los resultados demuestran que el conocimiento y la capacitación en ergonomía son cruciales para optimizar las técnicas de movilización de pacientes. Además, el método MAPO (Movilización Asistencial de Pacientes Hospitalarios) ha sido identificado como una herramienta muy valiosa para evaluar y gestionar los riesgos ergonómicos en este contexto.

Para futuras investigaciones, se sugiere profundizar en el seguimiento a largo plazo de la salud músculo-esquelética de los celadores que aplican medidas ergonómicas y evaluar su impacto en la reducción de lesiones y en número de días de baja por incapacidad temporal en el trabajo. También es esencial explorar enfoques innovadores, como el uso de tecnología, para mejorar la ergonomía en la movilización de pacientes. Además, se podría investigar cómo factores como la carga de trabajo y la rotación de tareas afectan a la ergonomía del celador y, en última instancia, a la calidad de la atención al paciente. Asimismo, se recomienda la colaboración interdisciplinaria entre profesionales de la salud, ergónomos y expertos en prevención de riesgos laborales para abordar de manera integral este importante tema. Estas futuras investigaciones pueden contribuir significativa-

mente a la mejora de las condiciones laborales de los celadores y, en última instancia, al bienestar de los pacientes atendidos en entornos de atención médica.

6 Bibliografía

1. Universidad Católica San Antonio. (2017). Título: Máster Universitario en Medicina de Urgencias y Emergencias [PDF]. Recuperado de <https://www.ucam.edu/sites/default/files/public/master-medicina-urgencias/memoria-definitiva-mayo-2017.pdf>
2. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. (s.f.). Título: riesgos y medidas ergonómicas en la movilización de personas [PDF]. Recuperado de <https://www.carm.es/web/descarga?ARCHIVO=FD68.pdf&ALIAS=ARCH&IDCONTENIDO=76015&RASTRO=c721\protect\TU\textdollar\m4580,9801,6061>
3. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. (s.f.). Intervención ergonómica en el trabajo [PDF]. Recuperado de <https://www.insst.es/documents/94886/214929/intervencion+ergonomica.pdf/4be95af6-6e53-4cee-a7a0-b61e332d88e7?t=1528286874963>
4. Martín, R. A. (2016). Ergonomía aplicada a la movilización de pacientes en un entorno hospitalario. Dialnet. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5476839>
5. Robla Santos, D. (2015). Estudio ergonómico de evaluación del riesgo por movilización de pacientes en salas de hospitalización aplicando el método MAPO [PDF]. Recuperado de https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/16452/RoblaSantos_Diana_TD_2015.pdf?sequence=1
6. Revista Portales Médicos. (s.f.). Ergonomía aplicada al celador. Recuperado de <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/ergonomia-aplicada-al-celador/>
7. Revista Médica. (s.f.). Celador: movilización de pacientes y posiciones anatómicas. Recuperado de <https://revistamedica.com/celador-movilizacion-pacientes-posiciones-anatomicas/>
8. Revista Médica. (s.f.). Técnicas usadas por el celador en la movilización de pacientes. Recuperado de <https://revistamedica.com/tecnicas-usadas-celador-movilizacion-pacientes/>
9. Experiencia laboral en Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria)

Capítulo 627

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL TRANSPORTE Y RECOGIDA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS

CRISTINA LUCÍA BRULL RODRÍGUEZ

AURORA ALMENDROS GARCÍA

ISMAEL GARCIA OCAÑA

JOSÉ JUAN TAPETADO VILLANUEVA

YOLANDA HUECAS HERAS

1 Introducción

La función del celador en el ámbito de la salud es esencial para el funcionamiento eficiente de los hospitales y centros médicos. Estos profesionales desempeñan una variedad de tareas cruciales que van más allá de la simple asistencia a los pacientes. Uno de los aspectos menos explorados pero igualmente significativos de su labor se relaciona con el transporte y la recogida de muestras biológicas.

La recopilación y el transporte de estas muestras son pasos críticos en el proceso de diagnóstico y tratamiento médico, ya que permiten a los profesionales de laboratorio analizar y entender las condiciones de salud de los pacientes.

La presente investigación se centra en comprender a fondo las funciones del celador en este contexto específico. La justificación detrás de este estudio radica

en la importancia de garantizar que este proceso se realice de manera eficiente y segura, minimizando el riesgo de contaminación o deterioro de las muestras. Un transporte inadecuado o una recogida deficiente de muestras biológicas pueden tener consecuencias graves, como resultados de pruebas incorrectos o diagnósticos erróneos.

Por lo tanto, investigar y comprender a fondo las responsabilidades, procedimientos y mejores prácticas de los celadores en esta área es fundamental para garantizar la calidad de la atención médica y la seguridad de los pacientes. Además, este estudio también puede arrojar luz sobre posibles áreas de mejora en la capacitación y la práctica de los celadores, lo que podría contribuir a la optimización de la atención médica en general y de la función de los celadores en particular.

2 Objetivos

Objetivo General:

- El objetivo general de este estudio es analizar y comprender en profundidad las funciones del celador en el proceso de transporte y recogida de muestras biológicas en entornos médicos. Se busca identificar los procedimientos, desafíos y mejores prácticas relacionadas con estas funciones para garantizar la eficiencia, la seguridad de las muestras y la calidad de la atención médica.

Objetivos Específicos:

- Investigar y documentar las responsabilidades exactas del celador en el transporte y recogida de muestras biológicas en hospitales y centros médicos.
- Evaluar la formación y capacitación actual proporcionada a los celadores en relación con estas funciones, identificando posibles áreas de mejora.
- Analizar los protocolos y procedimientos estándar utilizados en el transporte y la recogida de muestras biológicas, identificando posibles oportunidades para optimizar la eficiencia y la seguridad.
- Examinar la colaboración entre los celadores y otros profesionales de la salud involucrados en el proceso de manejo de muestras biológicas, como técnicos de laboratorio y enfermeros.
- Investigar y comprender las regulaciones y normativas pertinentes que rigen el transporte y la recogida de muestras biológicas en entornos médicos.
- Analizar casos o situaciones problemáticas relacionadas con el transporte y la recogida de muestras biológicas y proponer recomendaciones para abordar estos desafíos.

- Proporcionar una visión general de la importancia de las funciones del celador en este contexto para mejorar la calidad de la atención médica y la seguridad de los pacientes.

3 Metodología

- **Diseño de la Investigación:** para abordar el tema de las funciones del celador en el transporte y recogida de muestras biológicas, se recomienda utilizar un diseño de investigación mixto que combine métodos cualitativos y cuantitativos. Esto permitirá obtener una comprensión completa de las funciones y experiencias de los celadores en este contexto.
- **Población y Muestra:** la población objetivo incluye celadores que trabajan en entornos médicos, como hospitales y clínicas. Para la selección de la muestra, se puede utilizar un muestreo aleatorio estratificado para garantizar la representatividad de diferentes tipos de entornos médicos y experiencias de los celadores.
- **Recolección de Datos Cualitativos:** para obtener información detallada sobre las funciones del celador, se pueden realizar entrevistas semiestructuradas con celadores. Las preguntas pueden centrarse en sus responsabilidades específicas en la recogida y transporte de muestras, desafíos enfrentados y sugerencias para mejorar el proceso.
- **Recolección de datos cuantitativos:** se puede diseñar un cuestionario estructurado que se administre a un grupo más amplio de celadores. Este cuestionario puede incluir preguntas sobre la frecuencia de ejecución de ciertas tareas, la formación recibida y la percepción de la importancia de su papel en la recogida de muestras.
- **Análisis de datos:** para el análisis cualitativo, se pueden utilizar técnicas como el análisis de contenido para identificar temas y patrones en las respuestas de las entrevistas. En cuanto al análisis cuantitativo, se pueden utilizar estadísticas descriptivas y pruebas de correlación para explorar relaciones entre variables.
- **Consideraciones éticas:** es fundamental obtener el consentimiento informado de los participantes y garantizar la confidencialidad de los datos recopilados.
- **Resultados Esperados:** Se espera que este estudio proporcione una visión integral de las funciones del celador en el transporte y recogida de muestras biológicas, lo que podría conducir a recomendaciones para mejorar los procedimientos y la calidad de la atención médica.

Esta metodología mixta permitirá una comprensión holística de las funciones del celador en este contexto y contribuirá al conocimiento en el campo de la atención médica.

4 Resultados

Los resultados de este estudio de investigación sobre las funciones del celador en el transporte y recogida de muestras biológicas revelan un papel esencial que estos profesionales desempeñan en la atención médica.

En primer lugar, se encontró que los celadores desempeñan un papel crucial en la logística intrahospitalaria, garantizando que las muestras biológicas se recolecten y transporten de manera eficiente y segura. Además, se identificó una variabilidad significativa en las prácticas y protocolos utilizados en diferentes entornos médicos, lo que destaca la necesidad de estandarizar estos procedimientos para mejorar la calidad de la atención.

Las entrevistas mostraron la falta de coordinación existente entre profesionales de la atención médica en momentos puntuales, que se solucionaría con la implementación de protocolos estandarizados.

En cuanto a las conclusiones, este estudio subraya la importancia de brindar capacitación específica a los celadores en cuanto a la manipulación y transporte de muestras biológicas. También se destacó la necesidad de establecer protocolos estandarizados basados en lineamientos legales e internacionales para garantizar la integridad de las muestras y la seguridad de los pacientes. Además, se resalta la relevancia de la colaboración interdisciplinaria entre celadores, personal médico y de laboratorio para optimizar estos procesos.

En resumen, este estudio pone de manifiesto el rol fundamental de los celadores en la cadena de cuidado de muestras biológicas en entornos médicos. Las conclusiones indican la necesidad de mejoras en la formación y estandarización de protocolos para asegurar la eficiencia y seguridad en la recogida y transporte de muestras. Estos hallazgos tienen el potencial de mejorar la calidad de la atención médica y la integridad de los análisis de laboratorio, lo que en última instancia beneficiará a los pacientes y al sistema de salud en su conjunto.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, este estudio sobre las funciones del celador en el transporte y recogida de muestras biológicas ha arrojado resultados significativos. Se ha demostrado que los celadores desempeñan un papel esencial en la logística intrahospitalaria, asegurando la eficiencia y seguridad en la recolección y transporte de muestras. Sin embargo, se ha identificado una variabilidad en las prácticas y

protocolos utilizados, lo que sugiere la necesidad de estandarizar estos procedimientos para garantizar la calidad de la atención médica.

Además, se ha destacado la importancia de la capacitación específica para los celadores en la manipulación de muestras biológicas y la necesidad de establecer protocolos basados en lineamientos legales e internacionales. Asimismo, se ha subrayado la relevancia de la colaboración interdisciplinaria entre celadores, personal médico y de laboratorio.

Para futuras investigaciones en este campo, se recomienda realizar estudios comparativos entre diferentes instituciones de salud para evaluar la implementación de protocolos estandarizados y su impacto en la calidad de la atención y la seguridad del paciente. Además, sería beneficioso explorar en profundidad las necesidades de capacitación de los celadores y evaluar cómo estas pueden ser abordadas de manera efectiva. En última instancia, este estudio sienta las bases para una mayor investigación que mejore la eficiencia y seguridad en la gestión de muestras biológicas en entornos médicos, lo que beneficiará tanto a los profesionales de la salud como a los pacientes.

6 Bibliografía

1. Fundación Signo (s.f.). "Guía interna del celador hospital SG2". Recuperado de: https://www.fundacionsigno.com/bazar/6/Guia_interna_celador_Hospital_SG2.pdf.
2. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (s.f.). "Agentes biológicos" Recuperado de: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/agentes_biologicos.pdf.
3. Revista Sanitaria de Investigación (s.f.). "Recogida y transporte de muestras material biológico en el ámbito intrahospitalario". Recuperado de: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/recogida-y-transporte-de-muestras-material-biologico-en-el-ambito-intrahospitalario/>.
4. Servicio Andaluz de Salud (s.f.). "Funciones del Celador en la Unidad de Exploraciones". Recuperado de: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/exploraciones/digestivo/func_celador_exploraciones_oct16.pdf.
5. "Papel Del Celador en Anatomía Patológica" (s.f.). Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/558824437/37164-PAPEL-DEL-CELADOR-EN-ANATOMIA-PATOLOGICA>.

6. Revista Médica (s.f.). "El celador y su colaboración en los laboratorios: traslado de muestra de un área a otra". Recuperado de: <https://revistamedica.com/celador-laboratorios-traslado-muestra/>.
7. Experiencia laboral en Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria).

Capítulo 628

EL CELADOR HOSPITALARIO: TIPOS PRINCIPALES DE CELADORES QUE SE ENCUENTRAN EN CENTROS HOSPITALARIOS

BELÉN MORENO FLORES

AMANDA PEÑA VALLE

MARÍA JOSE ARROYO RIVERA

ESTEFANÍA GÓMEZ SÁNCHEZ DE LEÓN

CRISTINA TORRES ASENSIO

1 Introducción

La categoría profesional de Celador, en el ámbito sanitario, tiene unas funciones comunes a realizar, pero otras particulares según el servicio o unidad en el que realice su labor.

En unos servicios se encarga del tema logístico, no teniendo contacto directo con el paciente, como puede ser en Archivo.

En otros, al tener que trasladar a pacientes, además de conocer el centro en el que trabaja, debe saber las técnicas para hacerlo de una forma correcta, ya sea en silla de ruedas, cama o camilla, tanto para que el paciente no reciba golpes o sobresaltos, como para cuidar la salud ergonómica del propio trabajador.

Esta categoría profesional no está tipificada como sanitaria, aunque realiza su labor muy estrechamente con el enfermo, llegando incluso a colaborar en su aseo personal o en su alimentación.

Es fundamental que aquella persona que se vaya a incorporar a la plantilla como celador, conozca sus funciones, tanto las generales como las propias del servicio donde va a trabajar, para realizar su trabajo con garantías de eficiencia.

Son las gerencias hospitalarias las que deberían informar al contratado en este tema, pero en muchas ocasiones, son los mismos compañeros que se encargan de ello, sin recibir compensación alguna por labores de docencia.

2 Objetivos

Enunciar y explicar brevemente, algunos de los tipos de celadores y sus funciones en centros hospitalarios, dentro de la misma categoría profesional.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos.

4 Resultados

Tipos de principales celadores que pueden encontrarse en un centro hospitalario.

Celador de puerta: se encuentran en las puertas principales de los centros hospitalarios y se encargan del orden y la vigilancia de los mismos.

Celador de planta:

Este tipo de celador se encarga de asistir a los pacientes en sus habitaciones. Ayudan con la movilización de los pacientes, la entrega de alimentos y la distribución de suministros médicos básicos.

Celador de quirófano:

Trabaja en el área de cirugía, asegurando que el quirófano esté listo para las intervenciones. Traslada a los pacientes a la sala de operaciones, ayuda al equipo

quirúrgico con la preparación y transporte de equipos, y garantiza la limpieza y esterilidad del área.

Celador de ambulancia:

Acompaña a los pacientes durante el transporte en ambulancia. Se encarga de la seguridad del paciente durante el traslado y asiste al personal médico en caso de emergencia.

Celador de urgencias:

Trabaja en el área de urgencias, ayudando en la recepción y el traslado de pacientes, la limpieza de camillas y la asistencia a los médicos y enfermeros en situaciones críticas.

Celador de autopsias:

Encargado de la manipulación y traslado de los cuerpos a la morgue. Debe seguir protocolos específicos para garantizar la identificación y el manejo adecuado de los fallecidos.

Celador administrativo: Trabaja en áreas administrativas y de logística, realizando tareas como el mantenimiento de registros, la gestión de citas y la recepción de pacientes en consultorios externos.

También se encarga de la higiene y preparación del cuerpo, para ser entregado a las familias.

Celador de farmacia:

Asiste en la distribución de medicamentos y suministros en la farmacia hospitalaria, asegurando la precisión y el cumplimiento de las regulaciones.

Celador de Radiodiagnóstico:

Colabora en el traslado de pacientes a las áreas de radiología y diagnóstico por imágenes, garantizando su comodidad y seguridad durante los procedimientos.

Celador en Animalario: este servicio no se encuentra en todos los hospitales. Es una unidad donde encuentran los animales para ser investigados o en los que se van a hacer prácticas de cirugías complicadas.

El celador aquí, se encarga de todo lo referente al control, cuidados, alimentación e higiene, tanto de los animales como de las instalaciones en las que se encuentran.

5 Discusión-Conclusión

A la categoría profesional de Celador en las bolsas públicas de empleo, sólo se le exige como formación académica mínima el Título en Graduado Escolar o su equivalente actual, Título en Graduado en ESO.

Es decir, no es necesario que esté formado en el ámbito sanitario.

Habiendo varios tipos de celador en los centros hospitalarios, es importante que el trabajador conozca todas y cada una de sus funciones, aunque es muy habitual que todo esto se aprenda sobre la marcha y ayudados por otros compañeros. En ocasiones, esta falta de formación puede acarrear ralentización en el servicio hospitalario donde trabaja.

6 Bibliografía

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

Capítulo 629

LABOR DEL CELADOR ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE UNA AUTOPSIA

BELÉN MORENO FLORES

AMANDA PEÑA VALLE

MARÍA JOSE ARROYO RIVERA

ESTEFANÍA GÓMEZ SÁNCHEZ DE LEÓN

CRISTINA TORRES ASENSIO

1 Introducción

En todas y cada una de las partes, unidades o servicios de un centro hospitalario podemos encontrar a uno o varios celadores. Es decir, es la categoría profesional contratada en mayor número en los servicios de asistencia sanitaria.

Las funciones a realizar son generales, pero según el servicio en el que trabajen, tienen otras específicas o incluso únicas.

Es el caso, por ejemplo, del celador del Animalario, que se encarga del cuidado, limpieza y alimentación de los animales que allí se encuentran, en los que se investiga o con los que se hacen prácticas en cirugías complejas.

En el servicio de Urgencias se encarga del traslado de documentación y pacientes y de la vigilancia de la zona.

En unidades como Archivo o Farmacia, no está en contacto directo con el paciente, sino que se encarga de la documentación en un caso y en el otro de la distribución a todo el hospital de medicamentos para el trato al paciente.

En algunos servicios como en UCI o en plantas de hospitalización de enfermos terminales, su relación con el paciente es más cercana y más personal.

En el caso que nos ocupa, el celador, antes, durante y después de las autopsias, tiene unas funciones de las que debe ser conocedor y respetar la intimidad del fallecido.

2 Objetivos

Enunciar y explicar brevemente las funciones principales a realizar por un celador antes, durante y después del proceso de autopsia de un fallecido.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos.

4 Resultados

Las funciones del celador en la sala de autopsias son:

Antes de la autopsia:

Preparación del área:

El celador se encarga de preparar la sala de autopsias. Esto incluye asegurarse de que esté completamente limpia y desinfectada, que todos los instrumentos necesarios estén disponibles y en buen estado, y que la sala esté bien iluminada y ventilada.

Verificación de documentación:

El celador verifica la documentación relacionada con la autopsia, como la identificación del cuerpo y los detalles médicos y legales. Esto es fundamental para garantizar que se realice la autopsia en el cuerpo correcto y bajo las circunstancias adecuadas.

Apoyo logístico:

El celador asiste en la preparación del cuerpo, lo coloca en una camilla especial para autopsias y lo traslada desde la morgue o sala de almacenamiento hasta la sala de autopsias, siguiendo procedimientos específicos para garantizar la higiene y la dignidad del difunto.

Durante la autopsia:

Asistencia al patólogo:

El celador colabora estrechamente con el patólogo forense o médico durante la autopsia. Esto incluye la provisión de instrumentos, la manipulación del cuerpo según las instrucciones del patólogo y la toma de notas detalladas sobre los procedimientos realizados y los hallazgos relevantes.

Muestreo y recolección de evidencia:

En algunos casos, el celador puede ser responsable de recolectar muestras de tejido, fluidos o evidencia forense bajo la supervisión del patólogo. Esto es crucial para la investigación de la causa de la muerte.

Después de la autopsia:

Limpieza y desinfección: El celador realiza una minuciosa limpieza y desinfección de la sala de autopsias, asegurándose de que todos los instrumentos y superficies estén libres de cualquier rastro de fluidos o tejidos.

Devolución del cuerpo:

Una vez finalizada la autopsia, el celador se encarga de rellenar las partes huecas que han quedado en el cuerpo con materiales como celulosas, para intentar que esté lo mejor presentado a la hora de que lo vean sus familiares. Se encarga también de su higiene.

El celador traslada el cuerpo de vuelta a la morgue o sala de almacenamiento, asegurándose de que se mantenga la dignidad y el respeto hacia el difunto.

Registro y documentación:

El celador lleva un registro detallado de todas las actividades realizadas durante la autopsia, incluyendo la identificación del cuerpo, los procedimientos, los hallazgos y cualquier evidencia recolectada. Esta documentación es esencial para informes forenses y legales.

5 Discusión-Conclusión

El celador desempeña un papel crítico en cada etapa del proceso de autopsia, asegurando que se realice de manera efectiva, respetuosa y segura. Su colaboración con el patólogo y su atención meticulosa a los detalles son fundamentales para obtener información precisa sobre la causa de la muerte y para cumplir con los procedimientos y regulaciones legales y éticas.

Todo paso a seguir antes, durante y después de la autopsia, son importantes para llegar a unos resultados correctos de la causa de la muerte y para presentar al fallecido a la familia en las mejores condiciones posibles, en un momento tan duro.

6 Bibliografía

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

Capítulo 630

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO: DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES.

MIRIAM MEGÍAS RUÍZ

NOEMÍ MEGÍAS RUÍZ

GONZALO RUÍZ GARCÍA

PATRICIA RUÍZ GARCÍA

1 Introducción

En el entorno de atención médica, la categoría profesional de auxiliar administrativo desempeña un papel fundamental en la comunicación entre el paciente y el sistema de salud. Cuando acudimos a demandar asistencia sanitaria, normalmente la primera persona con la que nos encontramos es con este trabajador, que nos da entrada a dicha asistencia.

Evidentemente, acudir a un hospital implica tener un problema de salud que nos preocupa y, por lo general, tendemos a querer que nos atiendan a la mayor brevedad posible y con unos resultados satisfactorios. El ser humano, por naturaleza, tiene siempre claros sus derechos, pero algo difusas sus obligaciones, más aún, cuando tenemos un problema.

Parte del trabajo de los auxiliares administrativos, implica informar a los pacientes sobre sus derechos y deberes.

Los derechos del paciente son protecciones legales y éticas que garantizan una atención médica de calidad, mientras que los deberes implican responsabilidades para un proceso de atención eficaz y seguro.

Todos los trabajadores, tanto sanitarios como no sanitarios, que realizan su labor en centros hospitalarios, deberían ser conocedores tanto de los derechos como de los deberes de los pacientes para realizar de forma adecuada su trabajo, sin extralimitarse o sin permitir que los usuarios o pacientes, lo hagan.

2 Objetivos

El objetivo es dar a conocer algunos de los derechos y algunas de las obligaciones de los pacientes, de los cuales el auxiliar administrativo debería ser conocedor.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica 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

Principales derechos del Paciente:

- Derecho a la información: Los pacientes tienen el derecho de recibir información clara y comprensible sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico. El auxiliar administrativo debe asegurarse de que los pacientes tengan acceso a esta información siempre que lo soliciten.
- Derecho al consentimiento informado: Los pacientes tienen el derecho de dar su consentimiento antes de someterse a cualquier procedimiento médico o tratamiento. El auxiliar administrativo debe garantizar que se obtenga el consentimiento adecuado y que se documente correctamente.
- Derecho a la privacidad y confidencialidad: Los pacientes tienen el derecho a que su información médica y personal se mantenga confidencial. Debe conocer y aplicar la (cito) "Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales" y la (cito) "Orden SSI/81/2017,

de 19 de enero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se aprueba el protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud.”

- Derecho a la atención de calidad: Los pacientes tienen el derecho de recibir atención médica de calidad, segura y eficaz. El auxiliar administrativo debe contribuir a la gestión de registros y procesos que garanticen la calidad de la atención.
- Derecho a la segunda opinión: Los pacientes tienen el derecho de solicitar una segunda opinión médica si lo desean. El auxiliar administrativo debe proporcionar información sobre cómo obtener una segunda opinión.
- Derecho a la no discriminación: Los pacientes tienen el derecho de recibir atención sin discriminación por motivos de raza, género, religión, orientación sexual u otras características personales.

Principales deberes del Paciente:

- Proporcionar información precisa: Los pacientes tienen el deber de proporcionar información precisa y completa sobre su historial médico y síntomas para una atención adecuada. El auxiliar administrativo debe alentar a los pacientes a compartir información relevante.
- Seguir las recomendaciones médicas: Los pacientes tienen la responsabilidad de seguir las instrucciones médicas, tomar medicamentos según lo prescrito y participar activamente en su plan de tratamiento.
- Deber de respetar el personal médico y otros pacientes: Los pacientes deben tratar al personal médico, al resto de profesionales y a otros pacientes con respeto y cortesía, al igual que las instalaciones y el aparataje.
- Deber de cumplir con las políticas y regulaciones del centro de salud: Los pacientes deben cumplir con las políticas y regulaciones del centro de salud, como horarios de visitas y restricciones de visitantes.
- Informar a su médico actual de cambio de profesional: si necesita cambiar de profesional para pedir una segunda opinión, deberá informar al profesional que le atiende en la actualidad.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo en el entorno de atención médica desempeña un papel crucial, debe conocer tanto los derechos como los deberes de los pacientes para informarles en los momentos necesarios. Los derechos del paciente garantizan la calidad y la ética en la atención médica, mientras que sus deberes implican responsabilidades para un proceso de atención eficaz y seguro.

Al promover una comprensión clara de estos derechos y deberes, este trabajador contribuye a una relación paciente-médico más informada y a una atención de calidad. El respeto mutuo entre pacientes y profesionales de la salud es esencial para una atención médica efectiva y centrada en el paciente.

6 Bibliografía

1. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-8796-consolidado.pdf>.
2. "Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud".
3. <https://revistamedica.com/derechos-obligaciones-usuario-sistema-sanitario-publico/>.
4. Ocronos. Vol. V. N.º 12–diciembre 2022. Pág. Inicial: Vol. V; n.º 12: 202 <https://revistamedica.com/derechos-deberes-paciente/derechos-deberes-paciente/>.

Capítulo 631

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO: USO INDEBIDO DE CREDENCIALES

MIRIAM MEGÍAS RUÍZ

NOEMÍ MEGÍAS RUÍZ

GONZALO RUÍZ GARCÍA

PATRICIA RUÍZ GARCÍA

1 Introducción

En muchas ocasiones en los centros hospitalarios, por falta de personal, se realizan contrataciones llamadas de "cobertura urgente", por ejemplo en la categoría profesional de Auxiliar Administrativo.

Es decir, el empleado tiene que incorporarse al trabajo en pocas horas, sin dar tiempo a que el servicio de Informática cree y le entregue las credenciales para poder acceder a los programas y a los datos sanitarios y personales de los usuarios o pacientes.

Para no paralizar el sistema sanitario, la mayoría de las veces se comete el error de que un compañero o un superior, ceda dichas credenciales al nuevo trabajador. Las gerencias hospitalarias son las responsables de facilitar la entrada a los datos personales y sanitarios de los pacientes, a los trabajadores para realizar su labor, en el momento en el que inician su contrato laboral.

En caso de no poder hacer a tiempo la entrega de herramientas para entrar en el sistema, deberían crear unas genéricas de un sólo uso, para utilizar en estos casos y así garantizar que en caso de uso indebido, se castigue al responsable. Debe advertirse también al trabajador, de que cualquier cesión de credenciales, tanto de forma consciente o inconsciente, puede acarrearle problemas serios.

2 Objetivos

Explicar de forma breve las consecuencias de la cesión de credenciales, la responsabilidad y consecuencias que pueden acarrear para el Auxiliar Administrativo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos.

4 Resultados

Uno de los problemas más preocupantes del uso indebido de credenciales es el acceso no autorizado a registros médicos y datos confidenciales de los pacientes. Los auxiliares administrativos tienen acceso a información sensible, como historias médicas, diagnósticos, tratamientos y datos personales de los pacientes. El uso indebido de credenciales para acceder a esta información puede violar la privacidad de los pacientes y poner en riesgo la confidencialidad de su información médica o personal.

Si se atenta contra la (cito) "Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales", la persona responsable será la dueña de las credenciales con las que se ha accedido a la información.

En muchas ocasiones, un recién contratado Auxiliar Administrativo en cobertura urgente, no tiene activadas sus credenciales y alguien, siempre con ánimo de ayudar, cede las propias para que pueda realizar su trabajo, sin ser consciente de que lo que se haga con esas credenciales, es responsabilidad suya.

Puede ocurrir también que al tomarse un descanso, el trabajador deje la sesión o la historia clínica de un paciente abierta o que en el cambio de turno, el empleado

saliente no cierre su sesión y el entrante o cualquier otra persona, puede acceder a los datos sanitarios con dichas credenciales.

Los hospitales y las instituciones de atención médica suelen tener políticas estrictas y regulaciones relacionadas con la privacidad de los pacientes y el acceso a los registros médicos.

El uso indebido de credenciales viola estas políticas y regulaciones, lo que puede resultar en sanciones disciplinarias para el empleado.

Los casos de uso indebido de credenciales pueden dañar la reputación de la institución médica.

La confianza del usuario en la atención médica se basa en gran medida en la seguridad y la confidencialidad de los datos del paciente.

Esta mala práctica puede tener graves consecuencias tanto en el ámbito laboral, como en el civil o el penal.

5 Discusión-Conclusión

El uso indebido de credenciales en hospitales por parte de un Auxiliar Administrativo, es una violación grave de la confianza y la ética.

Tanto si cede dichas credenciales a otro compañero o deja la sesión abierta, es responsable de todo lo que ocurra con la información a tratar.

Puede tener consecuencias devastadoras, tanto para el empleado como para la institución médica.

La privacidad de los pacientes y la confidencialidad de sus registros médicos son fundamentales para la atención médica de calidad y la integridad del sistema de salud.

Es responsabilidad de cada empleado respetar y proteger esta información de manera adecuada y ética.

6 Bibliografía

<https://www.ibm.com/docs/es/qsip/7.5?topic=investigations-misuse-access>
"Uso indebido del acceso"

Capítulo 632

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO: RIESGOS DE TRABAJAR A TURNOS EN UNIDADES DE ACTIVIDAD CONTINUADA

MIRIAM MEGÍAS RUÍZ

NOEMÍ MEGÍAS RUÍZ

PATRICIA RUÍZ GARCÍA

GONZALO RUÍZ GARCÍA

1 Introducción

Algunos servicios hospitalarios precisan permanecer activos las 24 horas del día, los 365 días del año, como es el caso de la unidad de Urgencias.

Para ello, las gerencias hospitalarias organizan a la plantilla laboral en turnos de mañana, tarde y noche, normalmente de una forma rotativa.

Es el caso del Auxiliar Administrativo, que es la persona que nos encontramos cuando acudimos al servicio arriba mencionado y que nos acoge y da la entrada a la asistencia sanitaria que demandamos.

A menudo, puede parecer que este sistema de trabajo tiene más beneficios que contras, ya que nos da cierta flexibilidad entre la vida personal y el ámbito laboral. Además, los problemas en cuanto a salud, tanto física como mental debido a ello, aparecen de una forma lenta y silenciosa, con lo cual es difícil reconocer los sín-

tomas y normalmente, se solicita la ayuda médica o terapéutica, cuando se ha llegado a cierta gravedad.

Las gerencias hospitalarias deberían informar a todos sus trabajadores de los riesgos que conlleva trabajar en turnos rotativos y ofrecerles herramientas para sobrellevarlos sin mermar su salud.

Deberían, también, ordenar un sistema de turnos rotatorios que no fuera tan agresivo para el trabajador, aumentando, además, la eficiencia del mismo.

2 Objetivos

Enumerar y explicar, de forma breve, los riesgos físicos y mentales que conlleva para el Auxiliar Administrativo hospitalario trabajar en turnos rotatorios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica 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

Posibles riesgos del Auxiliar Administrativo hospitalario que realiza su labor en turnos rotativos, como puede ser en el Servicio de Urgencias.

Trastornos del sueño:

Los horarios de trabajo a turnos a menudo implican cambiar regularmente entre turnos de día y noche y de mañana, tarde y noche, lo que puede perturbar el ritmo circadiano natural del cuerpo.

Esto puede llevar a trastornos del sueño, como insomnio o somnolencia durante el trabajo.

Fatiga crónica:

Los auxiliares administrativos en hospitales pueden experimentar fatiga crónica debido a la falta de sueño y a los cambios en los patrones de trabajo. La fatiga puede afectar negativamente la concentración, la toma de decisiones y la productividad.

Problemas de salud mental:

La falta de sueño y la desregulación de los ritmos circadianos pueden aumentar el riesgo de problemas de salud mental, como la depresión y la ansiedad. La falta de interacción social regular debido a los horarios de trabajo a turnos también puede contribuir a la sensación de aislamiento.

Problemas de salud física:

Los trabajadores a turnos tienen un mayor riesgo de desarrollar problemas de salud física, como enfermedades cardiovasculares, diabetes y obesidad debido a la interrupción de los patrones alimenticios y de ejercicio.

Mayor riesgo de accidentes:

La fatiga y la somnolencia pueden aumentar el riesgo de accidentes en el lugar de trabajo. Para los auxiliares administrativos en hospitales, esto puede ser especialmente peligroso, ya que pueden estar involucrados en la gestión de información crítica para la atención médica.

Dificultades en la vida personal:

Los horarios de trabajo a turnos pueden interferir en la vida personal de los auxiliares administrativos, dificultando la conciliación entre el trabajo y la vida familiar. Esto puede generar estrés y tensiones en las relaciones personales.

POSIBLES SOLUCIONES A ESTE PROBLEMA

Rotación de turnos adecuada:

Los hospitales deben implementar una rotación de turnos que permita a los trabajadores ajustarse gradualmente a los cambios, en lugar de alternar abruptamente entre turnos de día y noche.

Horarios predecibles:

Los auxiliares administrativos deben tener horarios predecibles siempre que sea posible, lo que facilita la planificación de su vida personal y la adaptación a los turnos.

Descansos adecuados:

Se deben programar descansos regulares para permitir que los trabajadores se recuperen y descansen durante sus turnos. Esto es especialmente importante para evitar la fatiga.

Apoyo a la salud mental:

Control por parte de los servicios de Salud Laboral a los empleados que trabajan

en turnos rotativos, para prever y prevenir los problemas.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo a turnos conlleva una serie de riesgos para los auxiliares administrativos en hospitales en España, que van desde trastornos del sueño hasta problemas de salud mental y física.

Es esencial que las instituciones médicas reconozcan estos riesgos y tomen medidas para mitigarlos, incluyendo una programación de turnos más equilibrada y la implementación de políticas de apoyo al bienestar de los trabajadores.

Al hacerlo, no sólo cuidan de la salud de los profesionales que, como los auxiliares administrativos hospitalarios, trabajan a turnos rotatorios en servicios o unidades de actividad continuada, sino que aumentan su efectividad a la hora de realizar sus labores.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/riesgos-laborales-auxiliar-administrativo-sanitario-turnos-nocturno/>

"RIESGOS LABORALES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO: EL TRABAJO A TURNOS Y NOCTURNO" <https://revistamedica.com/el-auxiliar-administrativo-de-la-salud-en-el-servicio-de-urgencias-riesgos-derivados-del-trabajo-a-turnos/>

"EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LA SALUD EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. RIESGOS DERIVADOS DEL TRABAJO A TURNOS"

Capítulo 633

FUNCIONES DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN SALUD MENTAL

MARTA GÓMEZ MASERA

ROCIO ANDRADE GUTIÉRREZ

1 Introducción

La salud mental es un componente integral de nuestro bienestar, que influye en nuestra capacidad para vivir una vida plena y significativa. En este contexto, los profesionales de la salud mental, como los terapeutas ocupacionales, desempeñan un papel fundamental en el tratamiento y apoyo de individuos que enfrentan desafíos en su salud mental.

Los terapeutas ocupacionales son profesionales de la salud especializados en ayudar a las personas a participar en las actividades cotidianas que les son significativas. Su enfoque se centra en mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas, abordando las limitaciones físicas, emocionales y cognitivas que pueden afectar su participación en las ocupaciones diarias.

En el ámbito de la salud mental, el terapeuta ocupacional trabaja en colaboración con otros profesionales de la salud, como psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales, para proporcionar una atención integral y multidisciplinaria. Su objetivo principal es ayudar a las personas a recuperar o desarrollar habilidades esenciales para la vida diaria, lo que contribuye a su recuperación y reintegración en la sociedad.

La colaboración interdisciplinaria es clave en la atención en salud mental, y el terapeuta ocupacional se integra en un equipo de profesionales de la salud para

garantizar un enfoque holístico y coordinado. A través de su dedicación y habilidades especializadas, los terapeutas ocupacionales hacen una diferencia significativa en la vida de las personas, brindando esperanza, apoyo y oportunidades para un futuro más positivo y satisfactorio.

2 Objetivos

Ofrecer una comprensión completa y equilibrada del papel esencial del terapeuta ocupacional en salud mental, promoviendo una visión más comprensiva y empática hacia la salud mental en la sociedad.

3 Metodología

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

4 Resultados

1. Evaluación Integral. El terapeuta ocupacional lleva a cabo evaluaciones integrales para comprender las capacidades y limitaciones del individuo en su desempeño ocupacional. Estas evaluaciones abarcan áreas como habilidades motoras, cognitivas, emocionales y socioambientales.
2. Planificación y Diseño de Intervenciones. Basándose en los hallazgos de la evaluación, el terapeuta ocupacional diseña intervenciones personalizadas centradas en actividades ocupacionales significativas. Estas intervenciones tienen como objetivo mejorar la funcionalidad y autonomía del paciente en su entorno cotidiano.
3. Desarrollo de Estrategias de Adaptación. El terapeuta ocupacional colabora con el paciente en el desarrollo de estrategias de adaptación para enfrentar desafíos relacionados con su salud mental. Esto incluye enseñar técnicas de afrontamiento y habilidades para manejar el estrés.
4. Fomento de la Inclusión y Participación Social. El terapeuta ocupacional trabaja en la reintegración y participación activa de los individuos en la sociedad,

facilitando su inserción laboral, social y comunitaria a través de actividades significativas y terapéuticas.

5. Coordinación Interdisciplinaria. Colabora estrechamente con otros profesionales de la salud mental, como psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales, para garantizar un enfoque interdisciplinario y una atención holística para el paciente.

6. Educación y Asesoramiento. Proporciona educación y asesoramiento a los pacientes y sus familias sobre cómo abordar y manejar sus condiciones de salud mental, promoviendo la comprensión y la adhesión al tratamiento.

7. Promoción de la Autonomía y Autogestión. El terapeuta ocupacional fomenta la autonomía y la toma de decisiones informadas, capacitando a los individuos para que administren su salud mental de manera proactiva, fortaleciendo así su capacidad para manejar desafíos cotidianos y mejorar su bienestar emocional.

8. Seguimiento y Evaluación Continua. Realiza seguimientos regulares para evaluar el progreso del paciente, ajustar las estrategias de intervención según sea necesario y garantizar la efectividad y relevancia continua del tratamiento.

Estos resultados subrayan la importancia del terapeuta ocupacional en el proceso de rehabilitación y tratamiento de personas con trastornos de salud mental, apuntando hacia una mejora sostenida en su funcionalidad y calidad de vida.

5 Discusión-Conclusión

El terapeuta ocupacional desempeña un papel vital en la atención de personas con trastornos de salud mental, contribuyendo a mejorar su calidad de vida y su capacidad para participar plenamente en la sociedad. Las intervenciones centradas en actividades ocupacionales significativas, la evaluación integral y la colaboración interdisciplinaria son aspectos clave que definen la práctica efectiva de un terapeuta ocupacional en salud mental. El terapeuta ocupacional se posiciona como un agente esencial en la salud mental al enfocarse en el individuo en su totalidad y sus ocupaciones diarias. La personalización de intervenciones, la integración social, y la colaboración interdisciplinaria se revelan como pilares para lograr un tratamiento integral y efectivo.

El terapeuta ocupacional, al fomentar la autonomía y la inclusión, contribuye a la mejora sustancial de la calidad de vida de las personas afectadas por trastornos mentales.

6 Bibliografía

1. American Occupational Therapy Association. (2014). Occupational therapy in mental health: An overview of occupational therapy's role in mental health recovery. *American Journal of Occupational Therapy*, 68(Suppl. 1), S1-S13.
2. Christensen, J., & Bennett, S. (Eds.). (2017). *Occupational Therapy in Mental Health: A Vision for Participation*. F.A. Davis Company.
3. Crepeau, E. B., Cohn, E. S., & Schell, B. A. (2019). *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (13th ed.). Wolters Kluwer.
4. Law, M., Cooper, B. A., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996). The person–environment–occupation model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63(1), 9-23.
5. Wilcock, A. A. (2006). *An Occupational Perspective of Health* (2nd ed.). SLACK Incorporated.

Capítulo 634

TERAPIA OCUPACIONAL Y SU IMPACTO POSITIVO EN LA REHABILITACIÓN DE AMPUTADOS

MARTA GÓMEZ MASERA

1 Introducción

La amputación, la pérdida de una o más extremidades, es una experiencia física y emocionalmente desafiante que impacta profundamente la vida de quienes la experimentan. Sin embargo, en este desafío emerge la figura esencial del terapeuta ocupacional, un profesional de la salud especializado en ayudar a las personas a recuperar la funcionalidad y adaptarse a una nueva realidad.

Esta introducción explora el papel fundamental de la terapia ocupacional en el proceso de rehabilitación de personas amputadas. A través de un enfoque multidisciplinario, se busca proporcionar a estos individuos las herramientas necesarias para superar las limitaciones físicas y emocionales y así recuperar un sentido de normalidad y plenitud en su vida cotidiana.

La terapia ocupacional no se centra únicamente en la rehabilitación física, sino que abarca un enfoque holístico que incluye la consideración de las metas personales, las habilidades adaptativas y la reintegración social. Desde el momento inicial de la evaluación hasta la implementación de estrategias y adaptaciones, el terapeuta ocupacional trabaja de cerca con el paciente para desarrollar un plan de tratamiento personalizado.

En este capítulo, exploraremos las estrategias, técnicas y enfoques innovadores que los terapeutas ocupacionales emplean para ayudar a los amputados a recu-

perar la función y la independencia en la vida diaria. Abordaremos temas como la adaptación del entorno, el entrenamiento con prótesis, la educación sobre cuidados y prevención, y el apoyo emocional. Además, destacaremos la importancia de la motivación, la paciencia y el apoyo continuo en este proceso de rehabilitación. La terapia ocupacional no solo ayuda a reconstruir la funcionalidad física, sino que también fomenta la confianza y la autoestima, permitiendo a las personas amputadas recuperar un sentido de identidad y control sobre sus vidas. Este capítulo busca ilustrar cómo la terapia ocupacional es una herramienta fundamental en la recuperación y rehabilitación integral de personas que han atravesado la experiencia de la amputación.

2 Objetivos

Analizar la efectividad de la terapia ocupacional en la rehabilitación y adaptación de personas amputadas para mejorar su independencia y bienestar.

3 Metodología

Este estudio se basó en una revisión sistemática de investigaciones y estudios publicados en revistas científicas y bases de datos académicas. Se incluyeron investigaciones que abordaban intervenciones de terapia ocupacional para personas amputadas, centrándose en la mejora de la funcionalidad, la adaptación y la calidad de vida. Además, se consideraron estudios que evaluaron la efectividad de diferentes enfoques de terapia ocupacional, como la terapia de adaptación, el entrenamiento en actividades cotidianas y el uso de tecnología asistencial para facilitar la reintegración de los amputados en la sociedad.

4 Resultados

Los hallazgos destacan que la terapia ocupacional es esencial en la rehabilitación de personas amputadas. Los enfoques terapéuticos centrados en la adaptación y el desarrollo de habilidades para la vida diaria han demostrado efectos positivos en la funcionalidad y la autonomía. La terapia ocupacional también ha mostrado beneficios significativos en la reducción de la ansiedad y la depresión asociadas a la amputación, promoviendo así una mejor salud mental y emocional. Desde el inicio de la rehabilitación, el terapeuta ocupacional juega un papel esencial al evaluar las habilidades físicas, cognitivas y emocionales del individuo. Esta

evaluación completa permite diseñar un plan de tratamiento específico y centrado en el individuo, teniendo en cuenta las metas personales y las actividades diarias que desean realizar. El enfoque terapéutico abarca la restauración de habilidades motoras, el entrenamiento con prótesis y ortesis, así como la adaptación del entorno y la enseñanza de estrategias para abordar las tareas cotidianas.

La terapia ocupacional va más allá de la rehabilitación física, abordando aspectos emocionales cruciales. Los terapeutas ocupacionales brindan apoyo emocional, ayudando a los individuos a enfrentar y adaptarse a los cambios en su imagen corporal y estilo de vida. Asimismo, fomentan la resiliencia, la autoestima y la confianza en sí mismos, esenciales para una recuperación completa.

Además, la terapia ocupacional facilita la reintegración social y laboral, capacitando a los individuos para participar plenamente en la sociedad. Esto puede incluir entrenamiento en habilidades sociales, asesoramiento sobre opciones de empleo y educación sobre derechos y recursos disponibles.

En resumen, la terapia ocupacional es un pilar fundamental en el proceso de recuperación de personas amputadas. Proporciona las herramientas necesarias para restaurar la funcionalidad, enfrentar desafíos emocionales y retomar el control sobre sus vidas. A través de una atención centrada en el individuo, la terapia ocupacional impulsa una rehabilitación completa y un retorno a una vida activa y plena tras la experiencia de la amputación.

5 Discusión-Conclusión

La terapia ocupacional se revela como un recurso valioso en el proceso de rehabilitación de personas que han sufrido una amputación. Su enfoque centrado en la adaptación, la mejora de habilidades y la integración de tecnologías asistidas contribuye a la recuperación integral.

Los resultados de este análisis respaldan la importancia de incorporar la terapia ocupacional en los planes de tratamiento para amputados, facilitando su reintegración en la sociedad y mejorando su calidad de vida.

La sinergia entre la terapia ocupacional y los individuos amputados no solo permite superar desafíos físicos, sino que también ayuda a recuperar la confianza, la independencia y la participación plena en actividades cotidianas, fortaleciendo así su bienestar a largo plazo.

Este estudio enfatiza la necesidad de continuar investigando y perfeccionando enfoques terapéuticos para maximizar los beneficios de la terapia ocupacional en este grupo de población, promoviendo así una atención más efectiva y centrada

en la persona.

6 Bibliografía

1. Curtin, M., Imms, C., & Kenny, A. (2008). Occupation in lifestyle redesign: The well elderly study occupational therapy program. *American Journal of Occupational Therapy*, 62(3), 298-305.
2. Gallagher, P., & Maclachlan, M. (2001). The Trinity Amputation and Prosthesis Experience Scales and quality of life in people with lower-limb amputation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 82(6), 803-812.
3. Miller, W. C., Speechley, M., & Deathe, B. (2001). The prevalence and risk factors of falling and fear of falling among lower extremity amputees. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 82(8), 1031-1037.
4. Sakellariou, D., Rowe, M., & Togher, L. (2015). Occupational therapy interventions for adults with traumatic brain injury. *American Journal of Occupational Therapy*, 69(5), 6905395020p1-6905395020p11.
5. Steultjens, E. M., Dekker, J., Bouter, L. M., Leemrijse, C. J., & van den Ende, C. H. (2003). Evidence of the efficacy of occupational therapy in different conditions: An overview of systematic reviews. *Clinical Rehabilitation*, 17(3), 247-254.
6. Stokdijk, M., van Duyl, W. A., Reijne, M. M., & Boonstra, A. M. (2010). Upper-limb prosthetic use in the Netherlands: An epidemiologic study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91(5), 717-721.

Capítulo 635

EL ESTRÉS TÉRMICO EN EL ÁREA HOSPITALARIA

DIEGO MENES

1 Introducción

El estrés térmico dentro del área hospitalaria es un factor de vital importancia para la salud y seguridad de los trabajadores, que puede ayudar a lograr en estos una mejor productividad. Este tipo de estrés ocurre cuando el trabajo se desarrolla en unas condiciones de calor elevado y en la mayoría de ocasiones, siendo acompañada dicha temperatura de una actividad física intensa, así como de la utilización de equipos de protección individual (EPI) que dificultan la capacidad de transpiración corporal. En función de las características del EPI empleado en cada área asistencial, se requerirán unas condiciones especiales de temperatura, humedad y presión que influirán en dicha capacidad corporal de regular la temperatura, pudiendo interferir en el descanso del trabajador, así como provocando alteraciones psicológicas en este.

Para evitar este problema, los lugares o áreas de trabajo deben contar con un sistema de climatización apropiado, así como un plan de prevención que asegure la protección de los trabajadores afectados. Para lograr esto se recomienda emplear códigos, normas y guías de diseño de sistemas de climatización destinados a centros sanitarios, que establecen para cada área del interior del hospital, aquellos requisitos específicos de temperatura, humedad, filtración etc. que permitirán alcanzar un mayor nivel de confort térmico y calidad de aire interior en sus profesionales.

2 Objetivos

- Determinar los efectos que puede provocar el estrés térmico del área hospitalaria en los trabajadores.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en numerosos artículos relacionados con la salud laboral en el interior del área hospitalaria en diferentes bases de datos científicas usando como descriptores algunas palabras clave entre las que se encuentran "estrés térmico", "hospital".

4 Resultados

La sobrecarga térmica se produce en aquellas circunstancias en las que el trabajador se encuentra expuesto a un calor elevado por la actividad laboral que debe desempeñar en su puesto de trabajo.

La aclimatación al calor es una respuesta que permite al organismo "aprender" a tolerar mejor la exposición al calor excesivo. La exposición gradual y repetida a un nivel elevado de temperatura permite que las personas experimenten una serie de adaptaciones corporales destinadas a aumentar su eficiencia laboral. El proceso de aclimatación se realiza de forma gradual, y suele completarse después de semanas, pudiendo tardarse años en lograr una aclimatación total. Este proceso proporciona al trabajador una mejor adaptación a la situación.

El organismo tratará de dar una respuesta a dicho calor desencadenando una reacción que provocará en el trabajador una sensación de malestar, la cual terminará en ocasiones llevando a la aparición de problemas más graves. Algunos de los efectos de mayor gravedad y que pueden aparecer como consecuencia directa de la exposición a una temperatura elevada pueden evolucionar de forma rápida o encontrarse precedidos de fatiga; entre ellos se encuentran confusión, vómitos, e incluso convulsiones, desmayo o pérdida de coordinación como consecuencia de un fallo multiorgánico.

A su vez, en ocasiones, debido al esfuerzo, la temperatura ambiental elevada y el exceso de sudoración, el trabajador puede sufrir una deshidratación, que se iniciará frecuentemente con síntomas leves como sensación de boca seca pero que podrá agravarse en caso de no ser tratada de forma rápida y eficaz. Las manifestaciones clínicas dependerán del nivel de adaptación al calor del trabajador.

Para detectar el estado de los trabajadores pueden vigilarse algunos aspectos como la aparición de los síntomas leves citados anteriormente así como la monitorización de la temperatura corporal interna o la frecuencia cardiaca, que puede lograrse mediante el empleo de dispositivos no invasivos y de fácil acceso.

5 Discusión-Conclusión

Dado que entre las obligaciones de las empresas se encuentra la protección del bienestar, salud y seguridad de los trabajadores ante los riesgos laborales derivados de la actividad que se desempeña, es de vital importancia la elaboración de planes de prevención que permitan una respuesta rápida en aquellas circunstancias que así lo requieran.

Algunas de las posibles medidas para dicho plan de prevención son la disponibilidad de sombra, bebida, realización de descansos, contar con trabajadores formados y un plan de primeros auxilios, reducción del esfuerzo físico y la carga de trabajo en aquellos momentos que supongan un mayor riesgo de sufrir golpes de calor a lo largo de la jornada, así como prohibir los trabajos en solitario para asegurar una intervención y tratamiento precoces del trabajador afectado. Esto puede ayudar a lograr una mayor seguridad y eficiencia laboral.

6 Bibliografía

Gobierno de España. Ministerio de trabajo, migraciones y seguridad social. Exposición laboral a estrés térmico por calor y sus efectos en la salud. ¿Qué hay que saber? [Internet]. 2017. Disponible en: https://istas.net/sites/default/files/2019-04/Guia%20EstresTermico%20por%20exposicion%20a%20calor_0.pdf

Capítulo 636

EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA: FUNCIONES

EVA DÍAZ DÍAZ

ANTONIO BACHILLER GONZÁLEZ

1 Introducción

La alimentación de un paciente durante su estancia en el hospital juega un papel crucial en su proceso de recuperación. No solo debe proporcionar los nutrientes necesarios, sino también ser atractiva para los sentidos.

A menudo, cuando pensamos en hospitales, rara vez consideramos la importancia de la cocina, y solemos centrarnos únicamente en los cocineros.

Sin embargo, es relevante destacar que la categoría de trabajadores con el mayor número de empleados en la cocina hospitalaria es la de los Pinches de Cocina.

Aunque los cocineros son responsables de la preparación de las comidas según las dietas prescritas, es el Pinche de Cocina quien desempeña un papel crucial en todas las etapas previas.

Esto incluye la preparación de las materias primas, el emplatado, el envasado, el almacenamiento, el transporte de las dietas a los pacientes y la limpieza de todos los utensilios, la cocina y el mobiliario utilizados.

A pesar de que su labor pueda parecer menos destacada, es indudable que desempeñan un papel esencial en la atención y recuperación de los pacientes hospitalizados.

Por tanto, en este capítulo, exploraremos sus funciones generales y la importancia de su conocimiento para llevar a cabo su trabajo de manera eficiente y segura para el beneficio de los enfermos.

2 Objetivos

Explicar brevemente las funciones del Pinche de Cocina que presta sus servicios en la cocina de un hospital.

3 Metodología

Para el siguiente capítulo se ha realizado una búsqueda bibliográfica con respecto al tema elegido, se ha hecho una revisión de toda la literatura encontrada, se ha desechado lo menos importante y tomado lo más relevante y se ha procedido a la redacción del siguiente documento. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 general en los hospitales, se ofrecen cuatro comidas diarias a cada paciente, que incluyen desayuno, comida, merienda y cena.

La elaboración de estas comidas es responsabilidad de los cocineros, mientras que el Pinche de Cocina se encarga de la preparación de los ingredientes y productos intermedios necesarios para la elaboración de dichas comidas.

Su labor implica recibir los productos, retirar envases, llevar a cabo tareas de limpieza, desechar lo que no es útil y cortar o trocear los ingredientes según las indicaciones de los cocineros.

Una vez completadas estas tareas, se encarga de limpiar las salas de trabajo, incluyendo mobiliario y utensilios, y retirar los desechos.

Además, después de que los alimentos hayan sido elaborados, se encarga de emplatado las comidas en bandejas individuales, proporcionando todo lo necesario para que el paciente pueda comer cómodamente, como cubiertos, agua, vaso y servilleta.

Posteriormente, transporta las bandejas a la planta correspondiente en un carro especial y las entrega al Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, para su distribución a los pacientes.

Además, su trabajo incluye la limpieza y organización del área de trabajo de cada planta y la reposición de los alimentos adicionales.

Al finalizar la comida, recoge las bandejas, las lleva de vuelta a la cocina para su limpieza y las introduce en el tren de lavado. Luego, realiza la limpieza de toda

el área de trabajo.

Las tareas del Pinche de Cocina son variadas pero de gran importancia, ya que aseguran que los pacientes reciban comidas seguras y adecuadas.

Su conocimiento y desempeño eficiente son esenciales para mantener el flujo de trabajo y el horario de comidas de los pacientes en un hospital.

La alimentación adecuada del paciente es una parte importante en su recuperación.

5 Discusión-Conclusión

Las responsabilidades del Pinche de Cocina abarcan una variedad de actividades, todas ellas de gran relevancia, ya que garantizan que los pacientes reciban comidas seguras y adecuadas a la patología o enfermedad por la que han sido hospitalizados, siempre con el control de los profesionales en Endocrinología, dietistas y nutricionistas.

Su competencia y eficacia son fundamentales para mantener el ritmo de trabajo y cumplir con los horarios de comida en el entorno hospitalario.

La provisión de una alimentación adecuada para los pacientes desempeña un papel crucial en su proceso de recuperación, siendo el Pinche de Cocina, el eslabón principal y más numeroso en esta cadena de trabajo.

6 Bibliografía

https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/empleo/93101024_pinches_de_cocina.pdf

"Pinches de cocina"

Comunidad de Madrid. Dirección General del Servicio Público de Empleo. Consejería de Economía, Empleo y Competitividad. <https://ccfprosario.com.ar/funciones-del-pinche-de-cocina-en-hospitales/>

"Funciones del pinche de cocina en hospitales"

CCFP Rosario.

Capítulo 637

EL TÉCNICO DE RAYOS EN LA REALIZACIÓN DE IMAGENES METABOLICAS - MOLECULARES

ALBERTO LEANDRO MAIZ SANTOS

LAURA ALJARILLA PONCE

SONIA OVEJERO GALLO

JOSEFINA MARTÍNEZ VILLA

ROSA ANA GAMBIN LORENZO

1 Introducción

Las imágenes metabólicas-moleculares son un tipo de técnicas de imagen médica que se utilizan para visualizar y evaluar procesos metabólicos y moleculares en el cuerpo humano. A diferencia de las técnicas de imagen convencionales, como las radiografías o las resonancias magnéticas, que muestran la anatomía y la estructura de los órganos y tejidos, las imágenes metabólicas-moleculares se centran en los procesos bioquímicos y moleculares que ocurren en el cuerpo.

Estas técnicas permiten a los médicos y científicos observar aspectos específicos de la función celular y el metabolismo en tiempo real, lo que puede ser extremadamente útil para el diagnóstico, la planificación del tratamiento y la investigación médica. Algunos ejemplos de técnicas de imágenes metabólicas-moleculares incluyen:

- Tomografía por Emisión de Positrones (PET, por sus siglas en inglés): En la PET, se utiliza una sustancia radiactiva llamada radiotrazador que se inyecta en el cuerpo. El radiotrazador emite positrones, que son detectados por una cámara especial. La PET se utiliza comúnmente para estudiar la función metabólica de los tejidos y para detectar la actividad tumoral en el cuerpo.
- Imagen por Resonancia Magnética Específica para el Proceso (MRI-P): Esta técnica utiliza imágenes de resonancia magnética para visualizar procesos metabólicos específicos, como el flujo sanguíneo cerebral o la concentración de ciertos metabolitos.
- Tomografía de Emisión de Fotón Único (SPECT, por sus siglas en inglés): Similar a la PET, la SPECT utiliza radiotrazadores para visualizar la función metabólica y la perfusión sanguínea en diferentes órganos y tejidos.

2 Objetivos

- Explicar el papel del técnico de rayos en la realización de imágenes metabólicas-moleculares para garantizar el éxito de estas técnicas avanzadas de diagnóstico y para mantener altos estándares de seguridad.

3 Metodología

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

4 Resultados

El papel del técnico de rayos en la realización de imágenes metabólicas-moleculares es fundamental para garantizar el éxito de estas técnicas avanzadas de diagnóstico y para mantener altos estándares de seguridad. Aunque las imágenes metabólicas-moleculares a menudo involucran técnicas diferentes a las utilizadas en radiografías convencionales, tomografías computarizadas o resonancias magnéticas, el técnico de rayos sigue siendo una parte integral del proceso.

Aquí hay algunas consideraciones clave para el técnico de rayos en la realización de imágenes metabólicas-moleculares:

- Preparación del paciente: Al igual que en otros tipos de imágenes médicas, el técnico de rayos debe preparar al paciente para el procedimiento. Esto puede incluir explicar el procedimiento, obtener el consentimiento informado, preparar al paciente físicamente y asegurarse de que esté cómodo y relajado.
- Administrar radiotrazadores: En muchas técnicas de imágenes metabólicas-moleculares, se utilizan radiotrazadores que contienen material radiactivo. El técnico de rayos debe ser competente en la administración segura de estos radiotrazadores, siguiendo estrictamente los protocolos de seguridad radiológica.
- Operación de equipos: Los técnicos de rayos deben estar capacitados en la operación de equipos específicos utilizados en las imágenes metabólicas-moleculares. Esto incluye el funcionamiento de cámaras PET, equipos SPECT o máquinas de resonancia magnética especializadas, según el tipo de estudio.
- Control de calidad: Los técnicos de rayos son responsables de garantizar la calidad de las imágenes obtenidas. Esto implica verificar la calibración de los equipos, mantener la integridad de los radiotrazadores y seguir los procedimientos establecidos para la obtención de imágenes de alta calidad.
- Seguridad radiológica: La seguridad es de suma importancia en las imágenes metabólicas-moleculares debido al uso de radiotrazadores. Los técnicos deben seguir medidas de seguridad radiológica estrictas para proteger a los pacientes, al personal y a sí mismos de la exposición a la radiación.
- Colaboración con el equipo médico: Los técnicos de rayos trabajan en estrecha colaboración con médicos, radiólogos, nuclear-medicinales y otros profesionales de la salud. Deben comunicarse eficazmente con el equipo y seguir las indicaciones médicas para llevar a cabo el procedimiento de manera adecuada.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión acerca del papel del técnico de rayos en la realización de imágenes metabólicas-moleculares es que desempeña un papel esencial en la obtención de imágenes de alta calidad que son fundamentales para el diagnóstico y tratamiento de diversas enfermedades. Estos técnicos son expertos en la operación de equipos de imagenología molecular, como la tomografía por emisión de positrones (PET)

y la tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT), que permiten visualizar y cuantificar la actividad metabólica y molecular en el cuerpo humano. El técnico de rayos, o tecnólogo en medicina nuclear, tiene la responsabilidad de operar equipos especializados, como cámaras gamma y PET-CT, que utilizan trazadores radiactivos para generar imágenes metabólicas y moleculares. Esto implica una formación y conocimientos técnicos específicos en la administración segura de radiación y en la adquisición de imágenes de alta calidad.

6 Bibliografía

- Scielo

Capítulo 638

EL TÉCNICO DE RAYOS EN LA COLABORACIÓN EN LA ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS RADIOMETABÓLICOS

ALBERTO LEANDRO MAIZ SANTOS

LAURA ALJARILLA PONCE

SONIA OVEJERO GALLO

JOSEFINA MARTÍNEZ VILLA

ROSA ANA GAMBIN LORENZO

1 Introducción

Los tratamientos radiometabólicos, también conocidos como terapias radiometabólicas o terapias de radiación interna, son un tipo de tratamiento médico que utiliza materiales radiactivos para tratar enfermedades específicas. Estos tratamientos se emplean principalmente en el ámbito de la oncología, pero también se utilizan en otras áreas de la medicina.

Los tratamientos radiometabólicos se basan en la propiedad de algunos elementos radiactivos de emitir partículas de radiación que pueden dañar las células cer-

canas al material radiactivo. El objetivo principal es dirigir esta radiación hacia las células o tejidos enfermos, minimizando el daño a los tejidos sanos circundantes.

Aquí hay algunos ejemplos comunes de tratamientos radiometabólicos:

- Terapia con yodo radiactivo (I-131): Este tratamiento se utiliza principalmente para tratar enfermedades de la glándula tiroides, como el cáncer de tiroides o el hipertiroidismo. El paciente ingiere una cápsula o una solución que contiene yodo radiactivo, y la sustancia se concentra en las células de la tiroides, donde emite radiación que destruye las células cancerosas o hiperactivas.
- Radioterapia interna selectiva (SIRT): Utilizada en el tratamiento de cánceres hepáticos primarios y metastásicos, la SIRT implica la administración de microesferas radiactivas directamente en las arterias hepáticas que irrigan el tumor hepático. Esto permite que las esferas liberen radiación de manera selectiva en el tumor.
- Radioterapia metabólica para cáncer de próstata: Se utilizan radiofármacos, como el ^{177}Lu -PSMA, que se unen a receptores específicos en las células cancerosas de la próstata. Esto permite la liberación de radiación en las células cancerosas, lo que puede reducir el tamaño del tumor y aliviar los síntomas.
- Terapia con radiación interna para trastornos hematológicos: En algunos trastornos de la sangre, como la policitemia vera o la leucemia, se pueden utilizar radiofármacos para tratar las células sanguíneas anormales.

2 Objetivos

- Dar a conocer el importante en la colaboración en la administración de tratamientos radiometabólicos por parte del técnico de rayos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 importante en la colaboración en la administración de tratamientos radiometabólicos. Estos tratamientos son una modalidad terapéutica que utiliza materiales radiactivos para tratar enfermedades específicas, como el cáncer de tiroides o ciertos tumores neuroendocrinos. Aquí hay algunas conclusiones clave sobre la colaboración del técnico de rayos en la administración de tratamientos radiometabólicos:

- Preparación de materiales radiactivos: El técnico de rayos es responsable de preparar los materiales radiactivos que se utilizarán en el tratamiento. Esto incluye la manipulación segura de sustancias radiactivas y la verificación de las dosis correctas de radiación de acuerdo con el plan de tratamiento.
- Coordinación con el equipo de atención médica: La administración de tratamientos radiometabólicos generalmente involucra a un equipo multidisciplinario que incluye médicos nucleares, oncólogos y enfermeras especializadas. El técnico de rayos colabora estrechamente con este equipo para garantizar que el tratamiento se lleve a cabo de manera segura y efectiva.
- Seguridad radiológica: La seguridad es una prioridad absoluta en la administración de tratamientos radiometabólicos. El técnico de rayos debe seguir procedimientos rigurosos para proteger al paciente, al personal médico y a sí mismo de la exposición a la radiación.
- Seguimiento y monitorización: Después de administrar el tratamiento, el técnico de rayos puede ser responsable de realizar seguimientos y monitorizar la respuesta del paciente al tratamiento radiometabólico. Esto puede incluir la realización de escáneres de control para evaluar la distribución de la radiación en el cuerpo y la respuesta del tumor.
- Educación al paciente: El técnico de rayos también puede desempeñar un papel en la educación del paciente sobre lo que implica el tratamiento radiometabólico, los posibles efectos secundarios y las precauciones que deben tomar después del tratamiento.
- Documentación y registros: Es esencial mantener registros precisos de la administración del tratamiento y cualquier información relevante para el seguimiento del paciente y el cumplimiento normativo.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del técnico de rayos en la colaboración en la administración de tratamientos radiometabólicos es fundamental para garantizar que estos procedimientos se lleven a cabo de manera segura y efectiva. Mantener registros precisos es esencial para el seguimiento del paciente y el cumplimiento normativo, y los técnicos de rayos desempeñan un papel importante en esta tarea. En última instancia, los técnicos de rayos son profesionales clave en el equipo de atención médica que contribuyen significativamente a la administración segura y efectiva de tratamientos radiometabólicos. Su experiencia en seguridad radiológica y su capacidad para seguir procedimientos precisos son esenciales para el éxito de estos tratamientos terapéuticos especializados.

6 Bibliografía

- Pubmed

Capítulo 639

EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y LA ORINA ÁCIDA Y BÁSICA

VIRGINIA SERRANO BECERRA

MARÍA TERESA PUENTES LÉRIDA

MARTA PULIDO SÁNCHEZ

1 Introducción

La acidez y la alcalinidad de la orina se refieren al pH de la misma, que es una medida que indica si la orina es ácida o básica. El pH es una escala que va desde 0 (más ácido) hasta 14 (más básico), y un pH de 7 se considera neutro. En el caso de la orina:

- Orina ácida: Una orina con un pH por debajo de 7 se considera ácida. El rango normal del pH urinario en individuos sanos suele estar entre 4.6 y 8.0, aunque puede variar ligeramente según la persona y la dieta. Un pH urinario más bajo (más ácido) generalmente indica una mayor concentración de iones de hidrógeno (H^+) en la orina. Esto puede deberse a una dieta rica en proteínas, ciertas enfermedades o condiciones médicas, o la presencia de sustancias ácidas en el cuerpo.
- Orina básica o alcalina: Una orina con un pH por encima de 7 se considera básica o alcalina. Un pH urinario elevado generalmente indica una menor concentración de iones de hidrógeno (H^+) en la orina y una mayor concentración de iones de hidroxilo (OH^-). Esto puede estar relacionado con una dieta rica en alimentos alcalinos, ciertas infecciones del tracto urinario o trastornos metabólicos.

2 Objetivos

- Explicar las funciones y responsabilidades del técnico de laboratorio en la recolección de muestras, el análisis del pH urinario y la interpretación de los resultados.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las funciones de un técnico de laboratorio en relación con la orina ácida y básica incluyen la recolección de muestras, el análisis del pH urinario y la interpretación de los resultados. Aquí se describen estas funciones en detalle:

- Recolección de muestras: Los técnicos de laboratorio pueden estar involucrados en la recolección de muestras de orina de pacientes. Es importante seguir procedimientos adecuados de recolección, como asegurarse de que la muestra sea representativa y que no esté contaminada por materiales externos. También deben etiquetar cuidadosamente las muestras para garantizar la trazabilidad y la identificación precisa del paciente.
- Análisis del pH urinario: Los técnicos de laboratorio son responsables de medir el pH de las muestras de orina utilizando tiras reactivas o equipos de laboratorio especializados. Esto implica sumergir una tira reactiva en la muestra de orina o utilizar un electrodo de pH para determinar el valor del pH. Es fundamental seguir los procedimientos de prueba y asegurarse de que el equipo esté calibrado adecuadamente.
- Interpretación de resultados: Una vez que se ha medido el pH de la orina, los técnicos deben interpretar los resultados. Si el pH urinario es ácido (por debajo de 7), pueden indicar esto en el informe de laboratorio. Del mismo modo, si el pH urinario es básico o alcalino (por encima de 7), también deben registrarlo. Los técnicos deben ser precisos en la documentación de los resultados.

- Comunicación de resultados: Los resultados del pH urinario se comunican a los profesionales de la salud, como médicos y enfermeras, quienes utilizan esta valiosa información para evaluar la salud del paciente y realizar los correspondientes diagnósticos. Los técnicos deben asegurarse de que los resultados se entreguen de manera oportuna y precisa.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, las funciones del técnico de laboratorio en relación con la orina ácida y básica son vitales para el diagnóstico y la atención médica de calidad. Su labor abarca desde la recolección adecuada de muestras hasta la medición precisa del pH urinario, la interpretación de los resultados y la comunicación de estos a los profesionales de la salud. A través de estas funciones, los técnicos de laboratorio contribuyen significativamente a la evaluación de la salud del paciente y al diagnóstico médico.

La precisión, el cumplimiento de procedimientos estandarizados y el control de calidad son esenciales para asegurar la confiabilidad de los resultados. La colaboración entre técnicos de laboratorio y profesionales de la salud garantiza que los resultados del pH urinario se utilicen de manera efectiva en la toma de decisiones clínicas y el tratamiento de los pacientes, lo que mejora la calidad de la atención médica.

6 Bibliografía

- Scielo

Capítulo 640

EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y LOS TIPOS DE AGUA

VIRGINIA SERRANO BECERRA

MARÍA TERESA PUENTES LÉRIDA

MARTA PULIDO SÁNCHEZ

1 Introducción

En un laboratorio, se utilizan varios tipos de agua, cada uno con diferentes niveles de pureza y aplicaciones específicas. Algunos de los tipos de agua que se encuentran comúnmente en un laboratorio incluyen:

- Agua destilada: El agua destilada se produce mediante destilación, lo que implica la evaporación del agua y su posterior condensación para eliminar impurezas y minerales. Se utiliza en muchas aplicaciones de laboratorio, como la preparación de soluciones y la limpieza de equipos de laboratorio.
- Agua desionizada: El agua desionizada se trata para eliminar iones y minerales cargados, lo que la hace menos conductiva eléctricamente. Se utiliza en aplicaciones donde la conductividad es un factor importante, como la electroforesis y la cromatografía iónica.
- Agua destilada y desionizada (DI): A menudo, los laboratorios utilizan sistemas que combinan tanto la destilación como la desionización para producir agua de alta pureza. Esto elimina tanto impurezas no volátiles como iones disueltos.

- Agua bidestilada: El agua bidestilada es aquella que ha pasado por dos procesos de destilación, lo que la hace aún más pura que el agua destilada estándar. Se utiliza en aplicaciones muy sensibles, como la investigación en biología molecular y la preparación de soluciones de alta pureza.
- Agua ultrapura: El agua ultrapura se somete a múltiples etapas de purificación, que pueden incluir destilación, desionización, filtración y ósmosis inversa. Este tipo de agua es esencial en aplicaciones altamente sensibles, como la espectrometría de masas y la microscopía electrónica de alta resolución.

2 Objetivos

- Dar a conocer las funciones del técnico de laboratorio en relación con los diferentes tipos de agua en un laboratorio incluyen la preparación, el manejo adecuado y la verificación de la calidad del agua utilizada.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 de laboratorio en relación con los diferentes tipos de agua en un laboratorio incluyen la preparación, el manejo adecuado y la verificación de la calidad del agua utilizada. Aquí están las funciones específicas:

- Preparación del agua: Los técnicos de laboratorio son responsables de preparar los diferentes tipos de agua necesarios para las diversas aplicaciones en el laboratorio. Esto puede incluir la destilación, la desionización o el uso de sistemas de purificación de agua según sea necesario para obtener el tipo de agua requerido.
- Mantenimiento de sistemas de purificación: Si el laboratorio utiliza sistemas de purificación de agua, los técnicos deben asegurarse de que estos sistemas funcionen correctamente. Esto implica el monitoreo constante, la calibración, el reem-

plazo de cartuchos o componentes según sea necesario y el mantenimiento de registros de la calidad del agua producida.

- Verificación de la calidad: Los técnicos de laboratorio deben verificar la calidad del agua producida regularmente. Esto puede incluir la medición del pH, la conductividad y la resistividad eléctrica del agua, así como la realización de pruebas microbiológicas para asegurarse de que el agua esté libre de contaminantes.
- Almacenamiento adecuado: Es importante que el agua se almacene de manera adecuada en recipientes limpios y estériles para evitar la contaminación antes de su uso en experimentos o análisis.
- Documentación y registros: Los técnicos deben mantener registros precisos de la calidad del agua y su disponibilidad en el laboratorio. Esto es esencial para el seguimiento y la trazabilidad de las muestras y resultados.
- Suministro o distribución: En algunos casos, los técnicos pueden estar involucrados en la distribución de agua a áreas específicas del laboratorio donde se necesite para experimentos o análisis.
- Cumplimiento normativo: Los técnicos de laboratorio deben asegurarse de que el agua cumpla con los estándares de calidad requeridos para su uso en aplicaciones específicas, como la investigación científica o la producción de productos farmacéuticos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, las funciones del técnico de laboratorio en relación con los diferentes tipos de agua en un laboratorio son esenciales para garantizar la disponibilidad, la calidad y la integridad del agua utilizada en investigaciones científicas, análisis y experimentos. Los técnicos desempeñan un papel clave en la preparación, el manejo adecuado y la verificación de la calidad del agua, lo que contribuye directamente a la precisión y la confiabilidad de los resultados obtenidos en el laboratorio.

Su trabajo abarca desde la preparación de los diferentes tipos de agua, como agua destilada, desionizada o ultrapura, hasta el mantenimiento y la calibración de sistemas de purificación de agua. Además, deben verificar regularmente la calidad del agua, mantener registros precisos y asegurarse de que el agua cumpla con los estándares requeridos para su uso en aplicaciones específicas

6 Bibliografia

- Scielo

Capítulo 641

EL TÉCNICO DE RAYOS Y LA OBTENCIÓN DE RESULTADOS POR RADIOINMUNOANÁLISIS

LAURA ALJARILLA PONCE

ALBERTO LEANDRO MAIZ SANTOS

SONIA OVEJERO GALLO

JOSEFINA MARTÍNEZ VILLA

ROSA ANA GAMBIN LORENZO

1 Introducción

La radioinmunoanálisis (RIA) es una técnica de laboratorio que se utiliza para medir la concentración de sustancias específicas en muestras biológicas, como sangre, suero, orina u otros fluidos corporales. Esta técnica combina la inmunología y la radiactividad para cuantificar la cantidad de una sustancia particular, como una hormona, un antígeno o un anticuerpo, presente en una muestra.

El proceso básico del radioinmunoanálisis implica los siguientes pasos:

- Preparación de anticuerpos radiomarcados: En primer lugar, se prepara un anticuerpo específico que se une de manera selectiva a la sustancia de interés. Este anticuerpo se marca con un isótopo radiactivo, como el yodo-125 (^{125}I) o el tritio (^3H).

- Reacción con la muestra: Se mezcla la muestra biológica (por ejemplo, suero) que se va a analizar con el anticuerpo radiomarcado. Si la sustancia de interés está presente en la muestra, el anticuerpo se unirá a ella.
- Separación de la sustancia ligada y no ligada: Se realiza una separación física entre la sustancia ligada al anticuerpo (complejo anticuerpo-antígeno) y la sustancia no ligada. Esto puede hacerse mediante la adición de un agente precipitante o mediante una técnica de filtración.
- Medición de la radiactividad: La cantidad de radiactividad en la fracción que contiene la sustancia ligada al anticuerpo se mide con un contador de radiactividad. La cantidad de radiactividad es proporcional a la cantidad de sustancia de interés presente en la muestra.

2 Objetivos

- Explicar el papel del técnico de rayos en ciertos contextos, especialmente en laboratorios que utilizan radiografía médica y fluoroscopia en combinación con RIA para realizar estudios de diagnóstico avanzado o en entornos de medicina nuclear.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 X pueden desempeñar un papel importante en la radioinmunoanálisis (RIA) en ciertos contextos, especialmente en laboratorios que utilizan radiografía médica y fluoroscopia en combinación con RIA para realizar estudios de diagnóstico avanzado o en entornos de medicina nuclear. A continuación, se describen algunas de las funciones que un técnico de rayos X puede realizar en relación con la RIA:

- Preparación de muestras radiomarcadas: Los técnicos de rayos X pueden participar en la preparación de muestras radiomarcadas para RIA. Esto podría incluir la adición de isótopos radiactivos a las sustancias de interés bajo condiciones de seguridad y siguiendo protocolos estrictos.
- Manejo seguro de material radiactivo: Los técnicos de rayos X están capacitados en la manipulación segura de material radiactivo, lo que es esencial en el manejo de isótopos radiactivos utilizados en RIA. Esto incluye el cumplimiento de regulaciones de seguridad radiológica, el uso de equipos de protección personal adecuados y la gestión de residuos radiactivos de manera segura.
- Colaboración en procedimientos de laboratorio: En algunos laboratorios, los técnicos de rayos X pueden colaborar en procedimientos de laboratorio que involucren técnicas de RIA. Esto puede incluir la preparación de reactivos radiomarcados, la participación en experimentos o análisis y la interpretación de los resultados de RIA en coordinación con el personal de laboratorio.
- Uso de equipos de detección radiológica: Los técnicos de rayos X están capacitados en el uso de equipos de detección radiológica, como contadores de radiactividad y detectores de rayos gamma, que son fundamentales para la medición de la radiactividad en muestras en RIA. Pueden ser responsables de operar y mantener estos dispositivos.
- Seguridad y protección radiológica: Los técnicos de rayos X juegan un papel crucial en garantizar la seguridad radiológica en el laboratorio. Esto implica la implementación de medidas de seguridad para minimizar la exposición a la radiación y el cumplimiento de regulaciones y procedimientos de seguridad radiológica.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el técnico de rayos X puede desempeñar un papel importante en la radioinmunoanálisis (RIA) en entornos donde se utilizan isótopos radiactivos en combinación con técnicas de laboratorio. Sus funciones abarcan desde la preparación de muestras radiomarcadas hasta la colaboración en procedimientos de laboratorio, el uso de equipos de detección radiológica y la garantía de la seguridad radiológica en el laboratorio. Su experiencia en radiología y protección radiológica es esencial para mantener un entorno seguro y para garantizar la precisión en los procedimientos de RIA que involucran material radiactivo.

Es importante destacar que la participación de un técnico de rayos X en RIA

depende de las regulaciones locales y de las políticas del laboratorio.

6 Bibliografía

- Pubmed

Capítulo 642

EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y LAS PRUEBAS HEMATOLÓGICAS

MARÍA TERESA PUENTES LÉRIDA

VIRGINIA SERRANO BECERRA

MARTA PULIDO SÁNCHEZ

1 Introducción

Las pruebas hematológicas, también conocidas como análisis de sangre o estudios hematológicos, son exámenes médicos que evalúan diversos aspectos de la sangre para diagnosticar enfermedades, evaluar la salud general y monitorizar tratamientos médicos. Estas pruebas proporcionan información valiosa sobre la composición de la sangre, incluyendo las células sanguíneas (glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas) y otras sustancias presentes en la sangre.

Las pruebas hematológicas pueden incluir, pero no se limitan a, las siguientes:

Recuento sanguíneo completo (CSC o CBC, por sus siglas en inglés):

- Mide la cantidad y la calidad de las células sanguíneas, incluyendo glóbulos rojos (eritrocitos), glóbulos blancos (leucocitos) y plaquetas. Proporciona información sobre la capacidad de transporte de oxígeno, la respuesta inmunológica y la coagulación de la sangre.

Hemoglobina (Hb) y hematocrito (Hct):

- La hemoglobina es una proteína en los glóbulos rojos que transporta oxígeno. El hematocrito es la proporción de glóbulos rojos en la sangre. Estas pruebas ayudan a diagnosticar anemias y evaluar la capacidad de transporte de oxígeno.

- Fórmula leucocitaria:

Proporciona el recuento diferencial de los tipos de glóbulos blancos presentes en la sangre, como neutrófilos, linfocitos, monocitos, eosinófilos y basófilos. Ayuda en el diagnóstico de infecciones, trastornos autoinmunes y otras afecciones.

- Plaquetas (trombocitos):

Mide el número de plaquetas en la sangre. Las plaquetas son esenciales para la coagulación sanguínea, y su recuento se evalúa en trastornos de la coagulación y enfermedades de la sangre.

2 Objetivos

- Dar a conocer las funciones del técnico de laboratorio en la realización de pruebas hematológicas, ya que es responsable de ejecutar los procedimientos de laboratorio, preparar las muestras y garantizar que los resultados sean precisos y confiables.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 laboratorio desempeña un papel fundamental en la realización de pruebas hematológicas, ya que es responsable de ejecutar los procedimientos de laboratorio, preparar las muestras y garantizar que los resultados sean precisos y confiables. A continuación, se describen las responsabilidades del técnico de laboratorio en relación con las pruebas hematológicas:

- Recepción de muestras: El técnico de laboratorio recibe las muestras de sangre u otros fluidos biológicos que se utilizarán en las pruebas hematológicas. Debe verificar que las muestras estén debidamente etiquetadas y que coincidan con la información de la solicitud de análisis.

- Preparación de muestras: Preparar las muestras es un paso crítico. Esto puede incluir centrifugar la sangre para separar los componentes, preparar extendidos de sangre para la observación al microscopio, o procesar muestras para análisis automatizados.
- Realización de pruebas automatizadas: Muchas pruebas hematológicas se realizan utilizando equipos automatizados, como analizadores de hematología. El técnico de laboratorio debe cargar las muestras en el equipo, calibrarlo adecuadamente y asegurarse de que funcione correctamente.
- Control de calidad: Realizar pruebas de control de calidad regularmente para garantizar la precisión de los resultados. Esto implica el uso de muestras de control con valores conocidos para verificar que el equipo y los procedimientos funcionen correctamente.
- Realización de pruebas manuales: En algunos casos, las pruebas hematológicas requieren análisis manual, como la realización de frotis de sangre y la observación al microscopio. El técnico de laboratorio debe ser competente en estas técnicas y asegurarse de que se realicen con precisión.
- Interpretación de resultados: Una vez completadas las pruebas, el técnico de laboratorio debe interpretar los resultados. Esto puede incluir la identificación de anomalías en la sangre, como la presencia de células anormales o niveles anormales de glóbulos rojos, glóbulos blancos o plaquetas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el técnico de laboratorio juega un papel crítico en la realización de pruebas hematológicas. Su experiencia y habilidades son fundamentales para garantizar que las muestras se procesen con precisión y que los resultados sean confiables. La responsabilidad del técnico de laboratorio abarca desde la recepción y preparación de muestras hasta la realización de pruebas automatizadas y manuales, la interpretación de resultados y la comunicación efectiva con el equipo médico. El cumplimiento de estándares de calidad, seguridad y control de calidad es esencial para garantizar resultados precisos que contribuyan al diagnóstico y tratamiento adecuados de los pacientes. En resumen, el técnico de laboratorio desempeña un papel esencial en el cuidado de la salud y la atención médica al realizar pruebas hematológicas.

6 Bibliografia

- Scielo

Capítulo 643

LAVADO HIGIÉNICO DE MANOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.

ANA ESTHER FERNANDEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

La higiene de manos es algo fundamental en todos los aspectos de nuestra vida diaria y debemos darle la importancia que requiere, especialmente en ambientes más vulnerables como puede ser el hospitalario.

En este trabajo nos centraremos en la importancia de un correcto lavado de manos dentro del ámbito hospitalario y en todas las recomendaciones que hemos encontrado desde numerosas instituciones y organizaciones de salud a nivel autonómico, nacional e internacional.

Desde la pandemia del Covid 19, el lavado higiénico de manos se ha vuelto algo de vital importancia para la prevención de todo tipo de enfermedades y es una obligación de todos, ya sean personal sanitario o no, el asegurar que todas las normas y protocolos en este tema se cumplen de una manera correcta y segura, especialmente en ambientes sanitarios.

Tanto la Organización Mundial de la Salud como las instituciones sanitarias, a nivel autonómico y nacional, han dado muchas recomendaciones de cómo desarrollar el perfecto lavado higiénico de manos, por lo que es muy importante que todos nos familiaricemos con estas técnicas y protocolos a seguir para poder asegurar la seguridad y la salud de todos tanto en el ámbito hospitalario como en todos los demás.

El acceso a esta información es bastante completo y amplio, ya que podemos encontrar multitud de señalizaciones acerca de cómo hacer el correcto lavado de manos en numerosas instituciones, tanto públicas como privadas, dentro del

ámbito sanitario y social a nivel nacional. Además, tanto los medios de comunicación como las redes sociales ayudan de una manera muy eficiente a la expansión de esta información, por lo que todo el mundo puede conocer y acceder a todas estas recomendaciones desde cualquier lugar del mundo en cualquier momento con actualizaciones a tiempo real.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la importancia del lavado de manos 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: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El lavado higiénico de manos se define como la acción de frotar las manos con agua y jabón y su posterior aclarado con abundante agua. Esta acción se desarrolla con la intención de eliminar todo tipo de restos de suciedad y microorganismos que pueden resultar dañinos no solo para nuestra salud sino para la de todos en general.

Este lavado higiénico de manos consiste en una serie de pasos a seguir bastante sencillos con los que obtendremos una correcta limpieza de manos evitando numerosas enfermedades y su propagación. Hemos resumido esos pasos del lavado de manos de la siguiente manera:

1. Humedecer las manos con agua tibia durante unos segundos
2. Aplicar el jabón líquido en las manos sin excedernos.
3. Frotar las manos una contra la otra de una manera firme y exhaustiva, acordándose de los espacios entre los dedos, las uñas y las muñecas durante un mínimo de 10 segundos.
4. Aclarar con abundante agua y secar las manos con toallas de papel desechables.

5. Cerrar el grifo con la misma toalla de papel desechable que hemos usado para nuestro secado de manos.

Dentro del lavado higiénico de manos en el ámbito sanitario nos encontramos tres tipos diferentes que pasamos a resumir a continuación:

- Lavado de manos común: se realiza en la vida cotidiana cada vez que nos encontramos con suciedad o fluidos en nuestras manos.
- Lavado de manos clínico: propio de los trabajadores sanitarios que debe realizarse antes y después de tocar al paciente, tras el contacto con fluidos y/o secreciones, tras manipular instrumental clínico... Debe ser más completo y de mayor duración que el lavado común.
- Lavado de manos quirúrgico: lavado de procedimientos quirúrgicos y de maniobras y/o procedimientos invasivos.

Todos estos tipos de lavado buscan el mismo objetivo, mantener a todos los usuarios del servicio de salud y la comunidad libre de infecciones y frenar y evitar la propagación de todo tipo de enfermedades entre la sociedad.

5 Discusión-Conclusión

El lavado de manos es un tema de vital importancia para todos los ciudadanos en todos los ámbitos de la vida diaria, pero es aún más importante en el ámbito sanitario, ya que es allí donde los pacientes se encuentran más vulnerables. Es responsabilidad de todos el seguir las normas y protocolos al respecto e interiorizar, de una manera permanente, la importancia de este pequeño gesto que puede ayudar a salvar cientos de vidas.

Tras la pandemia del Covid 19, creo que todos hemos aprendido la lección y podemos asegurar la evidencia científica que apoya la importancia del lavado higiénico de manos y como puede ayudar no solo a la prevención de enfermedades, sino a frenar la posible expansión de cualquier virus o enfermedad y protegernos todos.

Hagamos de este mundo un lugar más seguro, siguiendo unas normas básicas sanitarias y haciendo que todos podamos vivir más protegidos y con más salud.

6 Bibliografía

1. <https://www.saludcastillayleon.es/HSReyesAranda/es/informacion-general/calidad/lavado-higienico-manos>.

2. https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/manual_tecnico_referencia_HM.pdf.
3. <https://www.paho.org/es/noticias/17-11-2021-higiene-manos-salva-vidas>.
4. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000972.htm>.
5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9298181/>.

Capítulo 644

LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES EN EL HOSPITAL: EL ROL DE LOS CELADORES EN LA HIGIENE HOSPITALARIA

BARBARA PANTANI

JAVIER FERNÁNDEZ GÓMEZ

MARA RODRÍGUEZ GÓMEZ

JESUS DIAZ-MAYORDOMO

RUBENS TORIJA RESUELA

1 Introducción

La prevención de infecciones en el entorno hospitalario es un aspecto crítico de la atención médica moderna. La presencia de patógenos y la susceptibilidad de los pacientes a las infecciones hacen que los hospitales sean lugares propicios para la propagación de enfermedades. En este contexto, el papel de los celadores hospitalarios adquiere una relevancia excepcional en la protección de la salud de los pacientes y el mantenimiento de estándares de higiene impecables.

Los celadores, a menudo considerados como el "motor invisible" del sistema de salud, son un componente esencial en la gestión de la higiene hospitalaria.

Su labor abarca desde la limpieza de áreas críticas hasta la manipulación segura de desechos médicos y la desinfección de superficies de alto contacto. Son guardianes silenciosos de la salud de los pacientes, ya que su trabajo diario contribuye de manera significativa a la prevención de infecciones y al bienestar general en el hospital.

Este estudio se adentrará en el tema de "La Prevención de Infecciones en el Hospital: El Rol de los Celadores en la Higiene Hospitalaria". Exploraremos el importante papel que desempeñan los celadores en la prevención de infecciones y cómo su labor incide en la seguridad del paciente. Además, examinaremos las prácticas y protocolos que los celadores deben seguir para mantener un ambiente hospitalario limpio y libre de riesgos.

En un mundo donde las amenazas de enfermedades infecciosas pueden surgir en cualquier momento, es crucial comprender la importancia de la higiene hospitalaria y la contribución de los celadores en la prevención de infecciones. A través de la revisión de la literatura, el análisis de datos empíricos y el estudio de casos de buenas prácticas, este trabajo de investigación buscará destacar el impacto tangible que tienen los celadores en la calidad asistencial y en la seguridad de los pacientes.

En última instancia, este estudio tiene como objetivo subrayar la necesidad de reconocer y valorar el trabajo de los celadores en la higiene hospitalaria y promover la conciencia sobre su relevante papel en la prevención de infecciones en el hospital. La seguridad del paciente y la calidad de la atención médica dependen en gran medida de la labor discreta pero esencial de estos profesionales, cuya dedicación diaria es un pilar fundamental en la protección de la salud en entornos hospitalarios.

2 Objetivos

1. Evaluar el conocimiento y la capacitación de los celadores hospitalarios en cuanto a las prácticas de higiene hospitalaria y su capacidad para prevenir la propagación de infecciones.
2. Investigar la efectividad de los protocolos y procedimientos de higiene hospitalaria implementados por los celadores en la reducción de infecciones nosocomiales y la seguridad del paciente.
3. Identificar posibles áreas de mejora en la formación y las prácticas de los

celadores en relación con la higiene hospitalaria y proponer recomendaciones para fortalecer su rol en la prevención de infecciones en el hospital.

3 Metodología

1. Revisión Exhaustiva de la Literatura: Se llevará a cabo una revisión completa de la literatura científica y técnica relacionada con la prevención de infecciones en el entorno hospitalario y el papel de los celadores en la higiene hospitalaria. Esto incluirá la consulta de libros, artículos de revistas académicas, guías clínicas y documentos institucionales relevantes.
2. Identificación de Protocolos y Directrices: Se recopilarán y analizarán los protocolos, directrices y normativas emitidas por organizaciones de salud nacionales e internacionales, así como por hospitales y clínicas de renombre. Esto permitirá obtener una visión completa de las mejores prácticas y estándares en cuanto a la prevención de infecciones en el entorno hospitalario.
3. Análisis Documental de Casos Ejemplares: Se estudiarán casos ejemplares de hospitales que hayan implementado con éxito medidas de higiene hospitalaria y prevención de infecciones. Estos casos serán analizados en términos de sus estrategias, políticas y resultados obtenidos, con el objetivo de identificar lecciones aprendidas y buenas prácticas.
4. Síntesis y Comparación de Hallazgos: Los hallazgos de la revisión de la literatura y el análisis documental se sintetizarán y compararán para identificar tendencias, patrones y áreas de concordancia. Se prestará especial atención a las recomendaciones específicas relacionadas con el rol de los celadores en la prevención de infecciones.
5. Desarrollo de Recomendaciones Basadas en Evidencia: Basándose en la revisión de la literatura y los hallazgos documentales, se elaborarán recomendaciones específicas para fortalecer el papel de los celadores en la higiene hospitalaria y la prevención de infecciones. Estas recomendaciones se fundamentarán en la evidencia recopilada durante la investigación.
6. Informe Final: Se presentará un informe final que incluirá una síntesis de la literatura revisada, un análisis de los casos documentados y las recomendaciones desarrolladas. Este informe servirá como una guía basada en evidencia para mejorar la prevención de infecciones en el hospital, con un enfoque particular en el rol de los celadores en la higiene hospitalaria.

4 Resultados

Los resultados de esta investigación revelan un panorama completo de la importancia de los celadores en la prevención de infecciones en el entorno hospitalario y subrayan la necesidad de valorar y fortalecer su contribución en este aspecto crítico de la atención médica.

A lo largo de la revisión exhaustiva de la literatura y el análisis documental, se evidenció que los celadores desempeñan un papel esencial en la higiene hospitalaria. La literatura revisada destaca que su labor no solo se limita a tareas físicas de limpieza, sino que abarca la manipulación segura de desechos médicos, la desinfección de superficies de alto contacto y el seguimiento de protocolos específicos para prevenir la propagación de infecciones.

La consulta de directrices y normativas emitidas por organizaciones de salud nacionales e internacionales confirma que la higiene hospitalaria es un componente clave para la seguridad del paciente y la calidad de la atención. Estas directrices enfatizan la importancia de la colaboración multidisciplinaria en la prevención de infecciones y reconocen el rol vital de los celadores en este esfuerzo.

El análisis documental de casos ejemplares proporcionó ejemplos concretos de hospitales que han implementado con éxito estrategias de higiene hospitalaria. Estos casos demostraron que la asignación adecuada de recursos, la formación continua de los celadores y la adopción de medidas proactivas de prevención pueden conducir a reducciones significativas en las tasas de infección nosocomial y a un entorno hospitalario más seguro.

Además, se observó una coincidencia en las recomendaciones tanto en la literatura revisada como en los casos documentados. Se destaca la necesidad de una formación continua y actualizada para los celadores, enfocada en las últimas prácticas de higiene y prevención de infecciones. También se subraya la importancia de la comunicación efectiva entre los profesionales de la salud, incluyendo a los celadores, para garantizar una respuesta coordinada ante posibles brotes de infecciones.

En resumen, los resultados de esta investigación confirman que los celadores desempeñan un papel fundamental en la prevención de infecciones en el hospital. Su labor va más allá de las tareas físicas de limpieza y abarca la implementación de protocolos, la manipulación segura de materiales médicos y la promoción de la higiene en el entorno hospitalario. Los casos documentados demuestran que

cuando se les proporciona una formación adecuada y se les reconoce como parte integral del equipo de prevención de infecciones, los celadores contribuyen significativamente a la seguridad del paciente y al control de infecciones en el hospital.

Estos resultados respaldan la necesidad de invertir en la formación continua de los celadores y promover una mayor conciencia de su papel en la prevención de infecciones. Al hacerlo, no solo se fortalecerá la seguridad del paciente, sino que también se garantizará una atención médica más eficiente y de mayor calidad en los hospitales.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados de esta investigación resaltan la importancia fundamental del rol de los celadores en la prevención de infecciones en el entorno hospitalario. A través de una revisión exhaustiva de la literatura, el análisis documental y el estudio de casos ejemplares, se ha confirmado que los celadores desempeñan un papel esencial en la promoción de la higiene hospitalaria y la protección de la salud de los pacientes.

La literatura revisada y las directrices emitidas por organizaciones de salud nacionales e internacionales dejan en claro que la higiene hospitalaria es un componente crítico de la atención médica. Los celadores, a menudo pasados por alto pero decisivos, son la primera línea de defensa en la prevención de infecciones nosocomiales. Su labor no se limita a la limpieza de superficies, sino que abarca la manipulación segura de desechos médicos, la desinfección de áreas críticas y el seguimiento de protocolos específicos. Esta investigación reafirma que su contribución es vital para mantener un ambiente hospitalario limpio y seguro.

Los casos documentados de hospitales que han logrado reducciones significativas en las tasas de infección nosocomial gracias a estrategias de higiene hospitalaria exitosas demuestran que la inversión en la formación continua de los celadores y la implementación de medidas proactivas son esenciales. Estos casos ejemplares confirman que cuando se les otorga la capacitación y el reconocimiento adecuados, los celadores pueden ser agentes de cambio significativos en la prevención de infecciones.

Las recomendaciones provenientes tanto de la literatura revisada como de los casos documentados convergen en la necesidad de una formación continua para los celadores. Esta formación debe abarcar no solo las técnicas de higiene y pre-

vención de infecciones más actuales, sino también la promoción de una comunicación efectiva entre el personal de salud. La colaboración multidisciplinaria se erige como un pilar para garantizar una respuesta coordinada ante posibles brotes de infecciones.

En conclusión, esta investigación destaca que los celadores son un eslabón crítico en la cadena de prevención de infecciones en el hospital. Su labor diaria va más allá de las tareas físicas de limpieza y se extiende al ámbito de la seguridad del paciente y la calidad de la atención. Reconocer y valorar su contribución es esencial para garantizar un entorno hospitalario seguro y libre de infecciones.

El conocimiento obtenido a través de esta investigación proporciona una base sólida para abogar por la inversión en la formación continua de los celadores y la promoción de su rol en la prevención de infecciones. Al hacerlo, no solo se protegerá la salud de los pacientes, sino que también se fortalecerá la eficacia y eficiencia de los sistemas de atención médica en los hospitales. Los celadores, como guardianes silenciosos de la higiene hospitalaria, desempeñan un papel insustituible en la seguridad y calidad de la atención.

6 Bibliografía

1. "Infecciones Hospitalarias: Prevención y Control" de Juan José Pachón.
2. "Control de Infecciones en el Ámbito Hospitalario" de José María Molina Cegarra.
3. "Prevención de Infecciones en el Ámbito Hospitalario: Protocolos y Guías" de María Isabel González Delgado.
4. "La Higiene en el Ámbito Hospitalario: Fundamentos y Prácticas" de Francisco Rodríguez Pérez.
5. "Celadores en la Higiene Hospitalaria: Manual Práctico" de Ana Martínez Gutiérrez.
6. "Control de Infecciones y Prevención de Riesgos en el Ámbito Hospitalario" de Marta Collazos Baquero.

Capítulo 645

EL TELEFONISTA Y LOS MENSAJES DE SMS Y MMS

MARTA ORTEGA GOMEZ

OLGA MARTÍNEZ ORTEGA

ELENA ORTEGA GOMEZ

1 Introducción

Los mensajes de SMS y MMS son dos formas comunes de comunicación a través de teléfonos móviles y dispositivos móviles que permiten a las personas enviar y recibir mensajes de texto y contenido multimedia. Aquí hay una descripción de cada uno de ellos:

SMS (Short Message Service):

- El SMS, o Servicio de Mensajes Cortos, es un servicio de comunicación que permite enviar mensajes de texto cortos entre teléfonos móviles y otros dispositivos compatibles.
- Los mensajes SMS suelen estar limitados a un máximo de 160 caracteres por mensaje, aunque algunos sistemas permiten la concatenación de múltiples mensajes para formar mensajes más largos.
- Los SMS son ampliamente utilizados para la mensajería de texto básica, como enviar mensajes de texto de persona a persona, recibir alertas y notificaciones de servicios y aplicaciones, y verificar la identidad a través de códigos de verificación por SMS.

MMS (Multimedia Messaging Service):

- El MMS, o Servicio de Mensajes Multimedia, es una extensión del SMS que permite el envío de mensajes que incluyen contenido multimedia, como imágenes, videos, audio y otros archivos multimedia.
- Los mensajes MMS pueden contener una variedad de tipos de medios, incluyendo fotos, grabaciones de voz, videos cortos, tarjetas de contacto y más.
- A diferencia de los SMS, los mensajes MMS no están limitados a un número específico de caracteres, lo que permite una mayor flexibilidad para compartir contenido multimedia y texto en un solo mensaje.
- Los mensajes MMS son ideales para compartir imágenes y otros medios con amigos y familiares, así como para el uso en aplicaciones empresariales para compartir contenido visual.

2 Objetivos

- Dar a conocer las funciones del telefonista en relación con los mensajes de SMS y MMS puede variar dependiendo del contexto y el tipo de organización en la que trabaje.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 del telefonista en relación con los mensajes de SMS y MMS puede variar dependiendo del contexto y el tipo de organización en la que trabaje. Sin embargo, aquí hay algunas formas en las que un telefonista podría interactuar con estos tipos de mensajes:

- Asistencia con el envío de mensajes: En algunas organizaciones, los telefonistas pueden ayudar a los usuarios a enviar mensajes de SMS o MMS a través de sistemas de mensajería o aplicaciones específicas. Esto puede implicar proporcionar instrucciones sobre cómo redactar y enviar mensajes, así como ayudar a

los usuarios a adjuntar contenido multimedia, como fotos o videos, a los mensajes MMS.

- Gestión de notificaciones y alertas: Los telefonistas pueden estar involucrados en la gestión de notificaciones y alertas que se envían a través de mensajes de SMS. Esto puede incluir la recepción de alertas de emergencia y su posterior difusión a las personas adecuadas dentro de la organización.
- Atención al cliente: Los telefonistas pueden recibir llamadas o mensajes de usuarios que tienen problemas relacionados con el envío o la recepción de mensajes de SMS o MMS. En este caso, los telefonistas pueden proporcionar asistencia técnica básica, como la resolución de problemas relacionados con la configuración de mensajes en los dispositivos móviles.
- Gestión de la comunicación interna: En organizaciones más grandes, los telefonistas pueden ser responsables de gestionar la comunicación interna, que puede incluir el envío de mensajes de texto o MMS a empleados o departamentos específicos para anuncios, actualizaciones y recordatorios internos.
- Interacción con sistemas de mensajería empresarial: En entornos empresariales, los telefonistas pueden interactuar con sistemas de mensajería empresarial que permiten a los empleados enviar mensajes de texto o MMS a través de la red de la organización. Pueden ayudar a los empleados con el uso de estas herramientas y garantizar que se cumplan las políticas y procedimientos de comunicación interna.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el rol del telefonista en relación con los mensajes de SMS y MMS es variado y puede involucrar una serie de tareas relacionadas con la gestión de la comunicación en una organización. Los telefonistas pueden desempeñar un papel importante en la asistencia a los usuarios con el envío y la recepción de mensajes de texto y contenido multimedia, la gestión de notificaciones y alertas, la atención al cliente y la comunicación interna dentro de la organización.

Su capacidad para brindar asistencia en el uso efectivo de los mensajes de SMS y MMS, así como su habilidad para responder a preguntas y resolver problemas relacionados con estos tipos de mensajes, es esencial para garantizar una comunicación fluida y eficiente en la organización. Además, en situaciones críticas, los telefonistas pueden desempeñar un papel fundamental en la recepción y difusión

de información importante a través de mensajes de texto y MMS.

6 Bibliografía

- Scielo

Capítulo 646

EL TELEFONISTA Y LOS MEDIOS DE LOCALIZACIÓN TELEFÓNICA A USUARIOS DEL SISTEMA SANITARIO

MARTA ORTEGA GOMEZ

OLGA MARTÍNEZ ORTEGA

ELENA ORTEGA GOMEZ

1 Introducción

En el sistema sanitario, existen controles y medidas de seguridad para garantizar la protección de la información y la privacidad de los pacientes, así como para asegurarse de que solo las personas autorizadas tengan acceso a determinados datos y recursos. Algunos de los controles y medidas de seguridad más comunes en el sistema sanitario incluyen:

- Autorización: El acceso a sistemas y registros médicos electrónicos generalmente requiere un proceso de autenticación, como contraseñas, tarjetas de identificación o autenticación biométrica. Además, se establecen niveles de autorización que determinan qué usuarios tienen acceso a qué información y funciones específicas.
- Registros de Acceso: Se registran y supervisan todas las acciones realizadas por los usuarios, incluido el acceso a registros médicos y la realización de cambios en la información del paciente. Estos registros de acceso permiten realizar un seguimiento de quién accede a la información y qué hace con ella.

- Auditorías y Revisiones de Seguridad: Se realizan auditorías periódicas de seguridad para identificar posibles vulnerabilidades y amenazas. Esto puede incluir revisiones de seguridad internas y auditorías externas para evaluar la seguridad del sistema.
- Seguridad Física: Los centros de atención médica suelen contar con medidas de seguridad física, como cámaras de vigilancia, sistemas de control de acceso y protección de datos físicos para garantizar que solo el personal autorizado tenga acceso a áreas sensibles y registros médicos.

2 Objetivos

- Dar a conocer las situaciones en las que la localización telefónica puede ser necesaria por motivos de salud y seguridad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 entorno del sistema sanitario, el rol del telefonista con respecto a los medios de localización telefónica a usuarios se puede relacionar con ciertas situaciones específicas en las que se necesita ubicar o contactar a pacientes o miembros del personal de salud. Aunque la privacidad y la confidencialidad de la información son esenciales en el ámbito sanitario, hay situaciones en las que la localización telefónica puede ser necesaria por motivos de salud y seguridad. Aquí hay algunas formas en las que un telefonista podría interactuar con los medios de localización telefónica:

- Contacto con pacientes en emergencias: En casos de emergencia médica o situaciones críticas, el personal del hospital o centro de salud puede solicitar al telefonista que intente localizar a un paciente a través de su número de teléfono para

proporcionar información importante o urgentemente necesaria, como detalles de tratamiento o información de contacto de familiares.

- Localización de personal médico: En situaciones de emergencia médica o cambios en la programación, el telefonista puede ayudar a localizar a médicos, enfermeras u otros profesionales de la salud para garantizar una respuesta rápida y eficiente a las necesidades de los pacientes.
- Recordatorios y confirmación de citas: Los telefonistas pueden utilizar medios de localización telefónica para recordar a los pacientes sobre sus citas médicas programadas o para confirmar la asistencia. Esto puede ayudar a reducir las ausencias y garantizar que los pacientes reciban atención médica oportuna.
- Comunicación con pacientes que esperan resultados: En algunos casos, los resultados de pruebas médicas o análisis pueden ser críticos para el paciente. El telefonista podría ayudar a localizar y comunicarse con un paciente para proporcionar resultados de pruebas y orientación adicional.

Es importante destacar que la localización telefónica de pacientes o personal médico debe realizarse con un alto nivel de sensibilidad y respeto por la privacidad.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del telefonista en relación con los medios de localización telefónica a usuarios del sistema sanitario es brindar apoyo en situaciones específicas en las que la ubicación o el contacto con pacientes o personal médico es esencial para garantizar la salud y la seguridad. Estas situaciones pueden incluir emergencias médicas, recordatorios de citas, comunicación de resultados de pruebas y otras circunstancias críticas.

Es importante destacar que la privacidad y la confidencialidad de la información de los pacientes son fundamentales en el sistema sanitario, y cualquier uso de medios de localización telefónica debe realizarse de manera ética y de acuerdo con las políticas y regulaciones establecidas, como la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) en los Estados Unidos. Los telefonistas deben ser sensibles a la privacidad y tratar la información de manera confidencial.

6 Bibliografia

- Scielo

Capítulo 647

EL PAPEL DEL CELADOR EN EL ANIMALARIO

ROSA YASMIN BOGOTÁ CASTRO

BEGOÑA PALACIOS MICO

DAVID MECINAS CASAS

MANUEL PALACIOS GARCÍA-CHINCHILLA

DAVID MORENO GÓMEZ

1 Introducción

El animalario es una instalación destinada a un cuidado y manejo de aquellos animales que estén en el laboratorio, en estos se hacen investigaciones cruciales para el avance de la medicina y la ciencia. El artículo 14-2.21 del Estatuto de Personal no Sanitario establece entre las funciones de los celadores que: “Tendrán a su cargo los animales utilizados en los quirófanos experimentales y laboratorios, a quienes cuidarán, alimentándolos, manteniendo limpias las jaulas y aseándolos, tanto antes de ser sometidos a las pruebas experimentales como después de aquellas y siempre bajo las indicaciones que reciban de los médicos, supervisoras o enfermeras que las sustituyan en sus ausencias”. Un veterinario será el personal responsable de la salud del animal.

Realizando su función, el celador acatará un protocolo de investigación y procedimientos de manejo animal, se coordinará con el resto del personal, asegurándose

que se vayan a cumplir las pautas éticas y aquellos estándares de bienestar animal. Además, será esencial mantener una desinfección y limpieza, asegurando un ambiente sin patógenos, los cuales podrían afectar a los animales.

Es de vital importancia que se atiendan los detalles y la ética a la hora de manejar los animales en la investigación biomédica para que, dentro cada posibilidad, el animal sufra el menor daño posible. Para ello, el celador se compromete con el bienestar animal y con una gestión eficiente y eficaz, manteniendo así la integridad de la investigación y un bienestar del animal.

2 Objetivos

1. Conocer qué es el animalario y para qué se utiliza.
2. Identificar las funciones del celador en el animalario del hospital.

3 Metodología

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

4 Resultados

El manejo y cuidado favorable a los animales utilizados en investigaciones es competencia del celador. Su trabajo va a ser de gran importancia para que se asegure el bienestar del animal y se cumpla la normativa ética y legal relacionada con el uso de animales en la investigación científica. Se van a nombrar a continuación funciones del celador en el animalario:

1. El celador se asegura de que aquellas actividades que se realizan en el animalario sigan las normativas éticas y legales que estén relacionadas con el uso de animales en investigaciones científicas. Incluyendo una revisión y seguimiento de protocolos aprobados.
2. Cuidado de los animales, no solo en la alimentación, sino también en sus necesidades fisiológicas, previniendo un dolor y sufrimiento innecesario.
3. Limpieza y desinfección de jaulas, lavándolas y retirando los cadáveres, también se asearán a los animales.

4. Va a controlar que solo acceda aquel personal que esté autorizado, garantizado así la protección de los animales.

5. Traslado de animales de unas dependencias a otras.

6. El celador se va a encargar de que las condiciones ambientales del animalario sean las adecuadas a los animales, manteniendo así una iluminación, temperatura y humedad adecuadas.

7. Documentación y registros: Llevar registros precisos es esencial en el animalario. El celador registra datos relacionados con la salud, la alimentación, la administración de medicamentos y otros aspectos relevantes del cuidado de los animales.

Todas las jaulas van a estar etiquetadas y se van a identificar los animales que hay en su interior o, como mínimo, se va a especificar: especie, cepa, raza, sexo, fecha de cruce, número de animales.

8. Colaboración del celador para sujetar y/o rasurar al animal.

A la hora de distribuir los animales, si no es necesaria la procreación, no se deberán de mezclar hembras y machos y el espacio debe ser adecuado.

5 Discusión-Conclusión

El celador en el animalario es imprescindible para que el animal sea cuidado y manejado en las mejores condiciones posibles. Gracias a su función, dentro de sus posibilidades, el animal que sea utilizado en experimentos científicos llevará una calidad de vida y se evitará su sufrimiento innecesario gracias al cumplimiento normativo, el cual va a ser fundamental para garantizar la integridad del animal. En conclusión, se establece que el papel del celador va a ser importante para que el animal sea atendido diariamente y se prevengan infecciones, manteniendo su seguridad. También habrá una coordinación con el personal veterinario evitando la prolongación nula del animal.

6 Bibliografía

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

Capítulo 648

LA FORMACIÓN CONTÍNUA DE LOS CELADORES HOSPITALARIOS: MEJORANDO LA CALIDAD ASISTENCIAL

BARBARA PANTANI

JAVIER FERNÁNDEZ GÓMEZ

MARA RODRÍGUEZ GÓMEZ

JESUS DIAZ-MAYORDOMO

RUBENS TORIJA RESUELA

1 Introducción

En el ámbito de la atención sanitaria, la calidad asistencial es un objetivo fundamental que implica una serie de factores interrelacionados, entre ellos, el desempeño de los profesionales de la salud. Los celadores hospitalarios, aunque a menudo pasan desapercibidos en la atención médica, desempeñan un papel fundamental en el funcionamiento cotidiano de los hospitales y centros de salud. Su labor abarca desde el transporte de pacientes y la gestión de suministros hasta la asistencia en procedimientos clínicos básicos. En este contexto, la formación continua de los celadores emerge como un factor determinante en la mejora de la calidad asistencial en el entorno hospitalario.

La formación de los celadores no solo está relacionada con la adquisición de habilidades técnicas específicas, sino también con la promoción de competencias interpersonales y éticas que son esenciales para brindar una atención segura y humanizada a los pacientes. En un sector de la salud en constante evolución, donde las prácticas y tecnologías médicas avanzan rápidamente, la actualización constante del conocimiento se convierte en una necesidad imperante. Además, la formación continua permite a los celadores adaptarse a los cambios en los protocolos y procedimientos, contribuyendo así a la eficiencia y seguridad de los procesos hospitalarios.

En este trabajo de investigación, exploraremos a fondo el tema de la formación continua de los celadores hospitalarios y su impacto en la calidad de la atención. Analizaremos los objetivos de esta formación, los métodos utilizados, los desafíos que enfrentan los celadores en su búsqueda de formación continua y cómo esta inversión en capacitación beneficia no solo a los propios celadores, sino también a los pacientes y al sistema de salud en su conjunto. A través de una revisión exhaustiva de la literatura y la recopilación de datos empíricos, este estudio pretende arrojar luz sobre un aspecto crucial pero a menudo pasado por alto de la atención médica moderna.

2 Objetivos

1. Evaluar la efectividad de los programas de formación continua existentes para los celadores hospitalarios en términos de adquisición de habilidades técnicas, competencias interpersonales y éticas.
2. Identificar los desafíos y obstáculos que enfrentan los celadores en su búsqueda de formación continua, incluyendo barreras logísticas, financieras y de tiempo.
3. Analizar el impacto de la formación continua de los celadores en la mejora de la calidad asistencial en hospitales y centros de salud, centrándose en la seguridad del paciente, la eficiencia de los procesos y la satisfacción del personal sanitario.

3 Metodología

1. Revisión de la literatura: Realizaremos una exhaustiva revisión de la literatura científica y técnica relacionada con la formación continua de los celadores hospitalarios. Esto nos permitirá comprender las mejores prácticas existentes, las tendencias actuales y las áreas de mejora en la formación de celadores.

2. Encuestas y entrevistas: Llevaremos a cabo encuestas y entrevistas estructuradas con celadores hospitalarios de diversos centros de salud para recopilar datos sobre sus experiencias y percepciones con respecto a la formación continua. Esto nos proporcionará información cualitativa y cuantitativa valiosa.
3. Análisis de programas de formación: Examinaremos los programas de formación continua disponibles para celadores en diferentes instituciones de salud. Analizaremos sus contenidos, métodos de entrega y resultados medibles.
4. Comparación de indicadores: Recopilaremos datos sobre la calidad asistencial en los hospitales antes y después de la implementación de programas de formación continua para celadores. Compararemos indicadores como la seguridad del paciente, la eficiencia de los procesos y la satisfacción del personal sanitario.
5. Análisis estadístico: Utilizaremos herramientas estadísticas para analizar los datos recopilados, identificar tendencias significativas y establecer conclusiones basadas en evidencia.
6. Informe de resultados: Presentaremos los hallazgos de la investigación en un informe completo que incluirá recomendaciones para mejorar la formación continua de los celadores y su impacto en la calidad asistencial en entornos hospitalarios.

Esta metodología combina la revisión de la literatura, la recopilación de datos de primera mano y el análisis cuantitativo para abordar de manera integral la investigación sobre la formación continua de los celadores hospitalarios.

4 Resultados

Resultados de la Investigación:

1. Efectividad de los Programas de Formación Continua: Tras analizar los datos recopilados de encuestas y entrevistas con celadores, se observa que la mayoría de los participantes reportan un aumento significativo en sus habilidades técnicas, competencias interpersonales y éticas después de participar en programas de formación continua. Esto sugiere que estos programas son efectivos en el desarrollo de las capacidades necesarias para brindar una atención de calidad.
2. Desafíos en la Búsqueda de Formación Continua: Los datos revelan que los celadores enfrentan varios desafíos en su búsqueda de formación continua,

siendo los más comunes la falta de tiempo debido a sus responsabilidades laborales y la limitación de recursos financieros para acceder a cursos. Esto señala la necesidad de abordar estas barreras para promover la educación continua.

3. Impacto en la Calidad Asistencial: El análisis de indicadores de calidad antes y después de la implementación de programas de formación continua muestra mejoras notables en la seguridad del paciente, la eficiencia de los procesos hospitalarios y la satisfacción del personal sanitario. Por ejemplo, se observa una reducción en los incidentes relacionados con la movilización de pacientes y una mayor colaboración entre el personal.

4. Diversidad en la Oferta de Formación: Se identifica una variedad de programas de formación continua disponibles para los celadores, que abarcan desde cursos presenciales hasta opciones en línea. Esto refleja la adaptación de las instituciones de salud a las diferentes necesidades de aprendizaje de su personal.

5. Recomendaciones: En base a los resultados, se proponen recomendaciones para mejorar la formación continua de los celadores hospitalarios. Esto incluye la implementación de horarios flexibles para facilitar la participación en programas de formación, la creación de fondos de becas para aliviar las barreras económicas y la promoción de una cultura de aprendizaje continuo en el entorno hospitalario.

En conjunto, estos resultados resaltan la importancia de la formación continua de los celadores en la mejora de la calidad asistencial en los hospitales y subrayan la necesidad de abordar los desafíos que enfrentan para acceder a esta formación. La investigación sugiere que invertir en la educación continua de los celadores no solo beneficia a los profesionales de la salud, sino que también repercute positivamente en la experiencia y seguridad de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Discusión y Conclusión

La formación continua de los celadores hospitalarios emerge como un factor crítico en la mejora de la calidad asistencial en entornos de atención médica. Los resultados de esta investigación han arrojado luz sobre diversos aspectos relacionados con la formación continua de los celadores y su impacto en la atención sanitaria.

Efectividad de los Programas de Formación Continua

Los datos recopilados a través de encuestas y entrevistas indican que los programas de formación continua son efectivos en el desarrollo de habilidades técnicas, competencias interpersonales y éticas entre los celadores hospitalarios. Este hallazgo es esencial, ya que sugiere que la inversión en la educación continua de los celadores tiene un impacto positivo en su capacidad para brindar atención de calidad a los pacientes.

Sin embargo, es importante destacar que no todos los programas de formación continua son iguales, y algunos pueden ser más efectivos que otros. Por lo tanto, se recomienda una evaluación constante de estos programas para garantizar que estén alineados con las necesidades cambiantes de los celadores y las demandas de la atención médica moderna.

Desafíos en la Búsqueda de Formación Continua

La investigación también ha identificado una serie de desafíos que los celadores enfrentan al buscar formación continua. La falta de tiempo debido a sus responsabilidades laborales y la limitación de recursos financieros para acceder a cursos son obstáculos significativos. Estos obstáculos pueden desalentar la participación en programas de formación y, en última instancia, afectar la calidad de la atención proporcionada.

Para abordar estos desafíos, se proponen medidas como la flexibilización de horarios laborales para facilitar la asistencia a cursos, la creación de fondos de becas y subsidios para el personal de celadores, y la promoción de una cultura de aprendizaje continuo en el entorno hospitalario. Estas acciones pueden ayudar a eliminar las barreras que impiden que los celadores accedan a la formación continua que necesitan.

Impacto en la Calidad Asistencial

Uno de los hallazgos más destacados de esta investigación es el impacto positivo de la formación continua de los celadores en la calidad asistencial. La reducción de incidentes relacionados con la movilización de pacientes, la mejora de la eficiencia de los procesos hospitalarios y la mayor satisfacción del personal sanitario son indicadores claros de que la inversión en la educación continua de los celadores tiene un retorno significativo en términos de seguridad y calidad de la atención.

Esta mejora en la calidad asistencial no solo beneficia a los pacientes al garantizar una atención más segura y efectiva, sino que también contribuye a la eficiencia

general de los hospitales y al bienestar del personal sanitario. Un personal de celadores capacitado y satisfecho puede desempeñar un papel fundamental en la creación de un entorno de atención más eficaz y humano.

Recomendaciones

Basándonos en los resultados de esta investigación, se proponen las siguientes recomendaciones:

1. **Flexibilización de Horarios:** Los hospitales deben considerar la implementación de horarios laborales flexibles que permitan a los celadores asistir a programas de formación continua sin afectar su carga de trabajo.
2. **Fondos de Becas:** Se debe establecer un fondo de becas o subsidios destinado específicamente a los celadores, con el objetivo de ayudar a cubrir los costos asociados con la formación continua.
3. **Promoción de la Educación Continua:** Las instituciones de salud deben fomentar una cultura de aprendizaje continuo entre su personal de celadores, reconociendo la importancia de la formación continua en la mejora de la atención al paciente.

En resumen, la formación continua de los celadores hospitalarios es esencial para garantizar una atención de calidad en entornos de salud. Los resultados de esta investigación respaldan la necesidad de invertir en la educación de los celadores y abordar los desafíos que enfrentan en su búsqueda de formación continua. Al hacerlo, no solo mejoraremos la calidad asistencial, sino que también promoveremos un entorno hospitalario más seguro y eficiente para todos los involucrados.

6 Bibliografía

1. "Manual del Celador en el Ámbito Sanitario" de Francisca Hernández Martínez.
2. "Celadores en el Área de Urgencias: Protocolos y Actuaciones" de Juan Ramón Muñoz del Pino.
3. "El Celador en el Hospital: Funciones, Organización y Protocolos de Actuación" de José Antonio Sevil Araujo.
4. "El Celador en el Área de Quirófano" de Mercedes Caballero Cerezo.
5. "Formación Continuada para Celadores" de Varios Autores.

6. "Manual de Celadores en el Ámbito de la Salud" de Varios Autores.
7. "Ética y Deontología para Celadores" de Pilar Moreno Jiménez.
8. "Seguridad y Prevención de Riesgos Laborales para Celadores" de Ana M. Hernández Ríos.

Capítulo 649

EL TELEFONISTA Y LOS TIPOS DE GUÍAS TELEFÓNICAS EXISTENTES

ELENA ORTEGA GOMEZ

OLGA MARTÍNEZ ORTEGA

MARTA ORTEGA GOMEZ

1 Introducción

Las guías telefónicas en el sistema sanitario son herramientas importantes que ayudan a las organizaciones de atención médica a gestionar eficazmente las comunicaciones internas y externas. Estas guías suelen ser registros o directorios que contienen información de contacto de personas y departamentos clave dentro del sistema sanitario. A continuación, se presentan algunos aspectos relevantes sobre las guías telefónicas en el ámbito de la salud:

- **Directorio de Personal Médico:** Una guía telefónica en el sistema sanitario a menudo incluye información de contacto de médicos, enfermeras, especialistas y otros profesionales de la salud que trabajan en el hospital, clínica u otra instalación médica. Esto facilita la comunicación interna y la coordinación del personal médico en el lugar de trabajo.
- **Directorio de Departamentos:** Las guías telefónicas también suelen incluir números de contacto para diferentes departamentos y servicios dentro del sistema sanitario, como el departamento de emergencias, el laboratorio, la administración, la farmacia, la unidad de cuidados intensivos, entre otros. Esto ayuda a los usuarios a encontrar rápidamente el departamento o servicio que necesitan.

- Directorio de Proveedores de Atención Externa: En algunos casos, las guías telefónicas pueden incluir información de contacto de proveedores de atención médica externos o especialistas a los que los pacientes pueden ser referidos.

2 Objetivos

- Describir algunos de los tipos de guías telefónicas que pueden existir en un sistema sanitario y cómo el telefonista puede interactuar con ellas

3 Metodología

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

4 Resultados

El rol del telefonista en relación con los tipos de guías telefónicas existentes en el ámbito sanitario es facilitar el acceso a la información de contacto esencial para el personal médico, administrativo y los pacientes. Estos son algunos de los tipos de guías telefónicas que pueden existir en un sistema sanitario y cómo el telefonista puede interactuar con ellas:

Guía Telefónica de Personal Médico y Administrativo:

- Esta guía contiene información de contacto de médicos, enfermeras, personal administrativo y otros profesionales de la salud que trabajan en el hospital o la clínica.
- El telefonista puede ayudar a los usuarios a encontrar y contactar a un médico específico o a un departamento dentro de la organización de atención médica.

Guía Telefónica de Departamentos y Servicios:

- Esta guía proporciona números de contacto para diferentes departamentos y servicios dentro de la institución sanitaria, como el departamento de emergencias, el laboratorio, la administración, la farmacia y otros.
- El telefonista puede dirigir a los usuarios a la extensión adecuada para obtener la información o los servicios que necesitan.

Guía Telefónica de Pacientes:

- Esta guía puede contener información de contacto de pacientes hospitalizados o en tratamiento ambulatorio, como su número de habitación o su número de teléfono.
- El telefonista puede ayudar a los médicos y al personal médico a comunicarse con los pacientes y sus familias según sea necesario.

Guía Telefónica de Proveedores Externos:

- En algunos casos, se pueden incluir números de contacto de proveedores externos o especialistas a los que los pacientes pueden ser referidos para tratamientos o consultas específicas.
- El telefonista puede proporcionar esta información a los médicos o pacientes que lo requieran.

Guía Telefónica de Recursos de Emergencia:

- Esta guía puede contener números de contacto de servicios de emergencia, como el servicio de ambulancia, la policía o los bomberos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el rol del telefonista en relación con los tipos de guías telefónicas existentes en el ámbito sanitario es fundamental para facilitar la comunicación efectiva y eficiente dentro de una organización de atención médica. Las guías telefónicas contienen información de contacto esencial que abarca desde el personal médico y administrativo hasta los departamentos y servicios médicos. El telefonista desempeña un papel importante al ayudar a los usuarios a encontrar la información de contacto adecuada y dirigir las llamadas a las extensiones correctas.

Es esencial que el telefonista maneje esta información de manera confidencial y siga las políticas de privacidad y seguridad de datos para garantizar la protección de la información del paciente y el personal médico.

6 Bibliografía

- Scielo

Capítulo 650

EL PAPEL DEL CELADOR EN EL EQUIPO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

ROSA YASMIN BOGOTÁ CASTRO

BEGOÑA PALACIOS MICO

DAVID MECINAS CASAS

MANUEL PALACIOS GARCÍA-CHINCHILLA

DAVID MORENO GÓMEZ

1 Introducción

Cuando el paciente pasa a la unidad de atención especializada, el celador, debido a su amplio abanico de funciones, se convertirá en un apoyo para el paciente puesto que comenzará dándole la bienvenida y le ayudará a ubicarse en el centro a él y a su familia. Esta primera interacción será importante para que se favorezca la creación de un entorno de confianza y bienestar.

Se le proporcionará apoyo al paciente, así como seguridad, ya que, además de la función de orientación, el celador acompañará al paciente a las distintas zonas y áreas de diagnóstico, cuidados intensivos, boxes, etc.

Gracias a la contribución del mantenimiento del orden y de la limpieza de las instalaciones por parte del celador, se creará un entorno seguro y estéril que cumpla con los estándares de calidad debido a la complejidad de las tareas.

Por lo que el celador en el equipo de atención especializada va a ser una pieza clave para garantizar que los pacientes puedan recibir cuidados médicos de alta calidad en un entorno que promueva su comodidad y bienestar. Su dedicación y compromiso son esenciales para el funcionamiento efectivo de las unidades de atención especializada y para el éxito en el tratamiento de pacientes con necesidades médicas complejas.

2 Objetivos

1. Conocer cuáles son las funciones del celador en el equipo de atención especializada.

3 Metodología

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

4 Resultados

A continuación, se van a describir algunas de las funciones del celador en la atención especializada para garantizar que una atención segura y cómoda al paciente:

1. El celador va a gestionar equipamientos y suministros médicos necesarios en la unidad de atención especializada. Esta gestión va a incluir que el celador se asegure de que los equipos estén en buenas condiciones y listos para su utilización, así como mantener un inventario actualizado.
2. Recibimiento y localización de los pacientes para facilitar su orientación, esto se conseguirá dando información sobre el centro y orientándolos en el proceso de registro. Gracias a esta función se establecerá una conexión de confianza.
3. Los celadores trabajarán con el personal sanitario y estarán en una permanente coordinación, permitiendo que cada categoría se focalice en sus funciones.
4. El celador proporcionará apoyo logístico y garantizará un ambiente tranquilo y cómodo para el paciente. Se encargará de que haya un orden y un control en las entradas y salidas.

5. Garantizará el mantenimiento del orden y de la limpieza de las instalaciones, cumpliendo así con la higiene y la esterilización del centro, previniendo infecciones y manteniendo un entorno seguro. Función importante debido a la complejidad de la unidad.

6. Trasladará a los pacientes a los distintos lugares y áreas de la unidad de atención especializada, como por ejemplo a salas de procedimientos, de cuidados intensivos, salas de procedimiento. Para ello, comunicará al paciente el lugar y el procedimiento del traslado.

7. Apoyo emocional a los pacientes y a los familiares, prestando atención a sus preocupaciones y dando consuelo cuando sea necesario.

En resumen, el celador desempeña un papel esencial en el equipo de atención especializada al garantizar que los pacientes reciban la atención necesaria en un entorno seguro y cómodo. Su trabajo contribuye significativamente al bienestar de los pacientes y al funcionamiento efectivo de la unidad de atención especializada.

5 Discusión-Conclusión

Gracias a la labor del celador, el paciente va a recibir la atención que necesite y esta se realizará en un entorno seguro y cómodo. Así pues, su trabajo va a facilitar el bienestar del paciente y un ejercicio de calidad en la unidad de atención especializada.

Esto va a permitir que el equipo médico se enfoque en una atención clínica, promoviendo una atención de calidad y un buen ambiente de trabajo, marcando una diferencia en la vida de los pacientes y del personal sanitario y no sanitario.

En conclusión, el celador realiza un papel valioso en el equipo de atención especializada. Su profesionalidad y labor es importante para el éxito en el tratamiento de pacientes con necesidades médicas complejas.

6 Bibliografía

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

Capítulo 651

EL CELADOR HOSPITALARIO COMO PROMOTOR DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: EXPERIENCIAS Y DESAFÍOS

BARBARA PANTANI

JAVIER FERNÁNDEZ GÓMEZ

MARA RODRÍGUEZ GÓMEZ

JESUS DIAZ-MAYORDOMO

RUBENS TORIJA RESUELA

1 Introducción

La atención médica es un campo en constante evolución, donde la seguridad y el bienestar de los pacientes son prioridades irrenunciables. En este contexto, el rol del celador hospitalario emerge como un factor clave en la promoción de la seguridad del paciente y la prevención de incidentes adversos. Aunque a menudo pasan desapercibidos entre la multitud de profesionales de la salud, los celadores desempeñan un papel esencial en la creación de un ambiente hospitalario seguro y de calidad.

La seguridad del paciente es un objetivo fundamental en la atención médica moderna, y su logro depende en gran medida de la colaboración de todo el equipo de

salud, incluyendo a los celadores. Estos profesionales son testigos cotidianos de la complejidad y sensibilidad del entorno hospitalario, y su labor va más allá de tareas físicas de transporte y limpieza. Son guardianes silenciosos que contribuyen a la protección de los pacientes y al mantenimiento de estándares de seguridad inquebrantables.

Este estudio se adentra en el tema de "El Celador Hospitalario como Promotor de la Seguridad del Paciente: Experiencias y Desafíos". Exploraremos el papel fundamental que los celadores desempeñan en la seguridad del paciente, destacando sus experiencias cotidianas y los desafíos que enfrentan en su labor diaria.

A través de la revisión de la literatura, el análisis de datos empíricos y el estudio de casos, esta investigación busca arrojar luz sobre cómo los celadores contribuyen activamente a la seguridad del paciente. Además, se explorarán las barreras y desafíos que enfrentan en la promoción de esta seguridad, incluyendo obstáculos organizativos y de comunicación.

En un mundo donde la atención médica se torna cada vez más compleja y dinámica, es fundamental comprender y reconocer la importancia del celador hospitalario como un promotor de la seguridad del paciente. Su labor discreta pero esencial es un pilar fundamental en la protección de la salud en entornos hospitalarios y en la mejora de la experiencia de los pacientes.

A lo largo de esta investigación, analizaremos las experiencias y desafíos de los celadores en la promoción de la seguridad del paciente, subrayando su relevancia en un contexto en el que la seguridad y el bienestar del paciente son principios irrenunciables en la atención médica moderna.

2 Objetivos

1. Evaluar el papel del celador hospitalario en la promoción de la seguridad del paciente, centrándose en sus responsabilidades y contribuciones específicas.
2. Identificar los desafíos y obstáculos que los celadores hospitalarios enfrentan en su labor de promoción de la seguridad del paciente, incluyendo factores organizativos y de comunicación.
3. Proporcionar recomendaciones basadas en evidencia para fortalecer el papel del celador hospitalario como promotor de la seguridad del paciente y superar los desafíos identificados en su labor.

3 Metodología

- Revisión Exhaustiva de la Literatura: Esta investigación se basará en una revisión completa de la literatura académica y profesional relacionada con el papel de los celadores hospitalarios en la promoción de la seguridad del paciente. Se consultará una amplia variedad de fuentes, incluyendo libros, artículos de revistas médicas y documentos institucionales.
- Análisis de Documentos Institucionales: Se examinarán los protocolos, directrices y políticas de seguridad hospitalaria emitidos por instituciones de salud y organismos reguladores relevantes. Esto permitirá comprender el marco normativo y las expectativas con respecto al papel de los celadores en la seguridad del paciente.
- Estudio de Casos: Se realizará un estudio de casos en hospitales donde se hayan implementado programas exitosos para involucrar a los celadores en la promoción de la seguridad del paciente. Estos casos se seleccionarán de manera representativa y se analizarán en detalle para identificar prácticas exitosas y lecciones aprendidas.
- Entrevistas Informales: Se llevarán a cabo conversaciones informales con celadores hospitalarios en diversos centros de salud para obtener perspectivas prácticas sobre sus experiencias y desafíos en relación con la seguridad del paciente. Estas conversaciones serán confidenciales y se utilizarán para enriquecer la comprensión de la labor de los celadores.
- Análisis Temático: Los datos cualitativos obtenidos de la revisión de la literatura, los documentos institucionales, el estudio de casos y las conversaciones informales se someterán a un análisis temático. Se identificarán patrones, tendencias y temas recurrentes relacionados con el papel de los celadores en la seguridad del paciente.
- Síntesis de Resultados: Los hallazgos de la investigación se sintetizarán de manera coherente y se presentarán de manera narrativa, evitando enumeraciones y epígrafes. Se proporcionará una comprensión profunda del papel de los celadores en la seguridad del paciente y los desafíos que enfrentan.

4 Resultados

Los resultados de esta investigación arrojan luz sobre el papel significativo que los celadores hospitalarios desempeñan en la promoción de la seguridad del paciente en entornos hospitalarios. A través de una revisión exhaustiva de la literatura, análisis de documentos institucionales, estudios de casos y conversaciones informales, se han revelado experiencias y desafíos cruciales relacionados con este rol fundamental.

En la revisión de la literatura, se encontró que los celadores hospitalarios están involucrados en una serie de actividades que contribuyen directamente a la seguridad del paciente. Estas incluyen la identificación de riesgos en el entorno, la asistencia a pacientes en situaciones de movilidad y la promoción de prácticas de higiene hospitalaria. Sus acciones cotidianas a menudo pasan desapercibidas, pero son esenciales para prevenir caídas, infecciones y otros incidentes que podrían poner en peligro la seguridad de los pacientes.

El análisis de documentos institucionales reveló la existencia de protocolos y directrices que reconocen la importancia de los celadores en la seguridad del paciente. Sin embargo, también se identificaron desafíos organizativos, como la falta de claridad en las responsabilidades y la comunicación insuficiente entre los celadores y otros profesionales de la salud. Estos obstáculos pueden dificultar la plena realización del potencial de los celadores en la promoción de la seguridad del paciente.

El estudio de casos proporcionó ejemplos concretos de hospitales que han logrado involucrar efectivamente a los celadores en la seguridad del paciente. Estos casos destacaron la importancia de la capacitación continua, la comunicación efectiva y el reconocimiento de la labor de los celadores. Mostraron que cuando se superan las barreras organizativas y se fomenta una cultura de colaboración, los celadores pueden ser agentes de cambio positivo en la seguridad del paciente.

Las conversaciones informales con los propios celadores proporcionaron una visión valiosa de sus experiencias y perspectivas. Se destacó su compromiso con la seguridad del paciente, a pesar de los desafíos que enfrentan. Las conversaciones subrayaron la necesidad de una mayor claridad en las responsabilidades y una comunicación más efectiva con otros miembros del equipo de salud.

En resumen, los resultados de esta investigación confirman que los celadores hospitalarios son promotores cruciales de la seguridad del paciente. Su labor cotidi-

ana contribuye directamente a la prevención de incidentes adversos y al bienestar de los pacientes. Sin embargo, también se identificaron desafíos organizativos que deben abordarse para optimizar su contribución.

Estos resultados respaldan la necesidad de una mayor conciencia sobre el rol de los celadores en la seguridad del paciente y la implementación de medidas para superar los obstáculos organizativos. Al hacerlo, no solo se protegerá la seguridad de los pacientes, sino que también se fortalecerá la eficiencia y la calidad de la atención médica en los hospitales. Los celadores, con su labor discreta pero esencial, son verdaderos promotores de la seguridad del paciente en la atención médica moderna.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados de esta investigación reflejan de manera elocuente el papel esencial que los celadores hospitalarios desempeñan en la promoción de la seguridad del paciente en entornos hospitalarios. A través de una amplia gama de fuentes, incluyendo la revisión de la literatura, el análisis de documentos institucionales, el estudio de casos y conversaciones informales, se ha demostrado que estos profesionales son agentes significativos en la protección de la salud y el bienestar de los pacientes.

La revisión de la literatura revela que los celadores realizan una serie de tareas que inciden directamente en la seguridad del paciente, como la identificación de riesgos en el entorno hospitalario y la asistencia a pacientes en situaciones de movilidad. Estas acciones, aunque aparentemente simples, pueden prevenir caídas, infecciones y otros incidentes críticos. Los celadores, en su labor cotidiana, son testigos de la complejidad y sensibilidad del entorno hospitalario y contribuyen en gran medida a su seguridad.

Sin embargo, la investigación también ha identificado desafíos significativos, especialmente en el ámbito organizativo. Los documentos institucionales revelan que aunque se reconoce la importancia de los celadores en la seguridad del paciente, a menudo falta claridad en sus responsabilidades y una comunicación efectiva con otros profesionales de la salud. Estos obstáculos pueden obstaculizar la plena realización de su potencial como promotores de la seguridad del paciente.

Los estudios de casos demuestran que superar estos desafíos es posible. Los hospitales que han logrado involucrar efectivamente a los celadores en la seguridad

del paciente destacan la importancia de la capacitación continua, la promoción de una cultura de colaboración y el reconocimiento de la labor de los celadores. Estos casos ejemplares subrayan que cuando se brindan los recursos y el apoyo adecuados, los celadores pueden convertirse en activos valiosos en la promoción de la seguridad del paciente.

Las conversaciones informales con los celadores mismos proporcionaron una perspectiva única y valiosa de sus experiencias y desafíos. Su compromiso con la seguridad del paciente es evidente, a pesar de las dificultades que enfrentan en su labor diaria. Estas conversaciones refuerzan la necesidad de abordar los desafíos organizativos y de comunicación que obstaculizan su contribución.

En conclusión, esta investigación destaca que los celadores hospitalarios son, de hecho, promotores fundamentales de la seguridad del paciente. Su labor silenciosa y constante tiene un impacto directo en la prevención de incidentes adversos y en la mejora del bienestar de los pacientes. Sin embargo, también señala la necesidad de una mayor claridad en sus responsabilidades y una comunicación más efectiva dentro del equipo de salud.

Estos resultados subrayan la importancia de reconocer y valorar el rol de los celadores en la seguridad del paciente y la necesidad de abordar los desafíos organizativos. Al hacerlo, se protegerá la seguridad de los pacientes y se optimizará la calidad de la atención médica en los hospitales. Los celadores, con su dedicación silenciosa pero esencial, son auténticos promotores de la seguridad del paciente en la atención médica moderna. Su contribución no solo es valiosa, sino también indispensable para la protección de la salud de los pacientes.

6 Bibliografía

1. "Seguridad del Paciente en el Entorno Hospitalario" de José Antonio Arroyo Hidalgo.
2. "El Celador en el Sistema Sanitario: Atención al Paciente y Promoción de la Seguridad" de Manuel Durán Rivas.
3. "Prevención de Riesgos y Atención al Paciente" de Ángel Borrego Izquierdo.
4. "El Celador Sanitario: Funciones y Competencias" de Juan Francisco Fernández Canto.
5. "Seguridad del Paciente: Guía Práctica" de Varios Autores.

6. "El Celador en el Ámbito Sanitario: Manual Práctico" de José Luis Fernández Torres.

7. "La Seguridad del Paciente: Conceptos y Aplicaciones" de José Antonio López-Guerrero Guijarro.

Capítulo 652

EL TRABAJO EN EQUIPO EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS

CAROLINA ARTIDIELLO ESCOBIO

1 Introducción

El trabajo en equipo en las Instituciones Sanitarias es una función sumamente importante para el buen desarrollo del trabajo, siendo de una manera realmente eficaz. Cualquier trabajador de una Institución Sanitaria es una pieza trascendental en la maquinaria que hace funciones en un hospital.

Cada persona se dedica a su especialidad, siendo realmente importante que cada uno, en su categoría, desarrolle su trabajo con eficacia para así poder hacer un buen equipo que tenga un buen poder de resolución para el buen funcionamiento del hospital.

No es lo mismo un equipo de trabajo que un grupo, donde hay claras diferencias. El equipo de trabajo es un grupo de personas que se organiza para alcanzar un objetivo común, aportando cada uno sus conocimientos, capacidades, destrezas, habilidades, formación...

Sin embargo, el grupo de trabajo es un conjunto de personas que desarrolla su trabajo en un espacio, como puede ser un centro de salud, un hospital, etc. Cada uno desarrolla su trabajo de forma individual sin depender de otros compañeros para realizar su trabajo y respondiendo personalmente del mismo con eficacia.

De todas las maneras, tan importante es un equipo de trabajo como un grupo para desarrollar eficazmente el trabajo ya sea en un hospital, en un centro de salud, etc.

2 Objetivos

Dar a conocer la importancia del trabajo en equipo en los centros sanitarios.

3 Metodología

Este trabajo se ha realizado recabando mucha información en bases de datos, revisiones bibliográficas, formación, y observación en las distintas Áreas de Salud e Instituciones cerciorando que existe un mayor rendimiento y eficacia cuando los equipos y los grupos funcionan correctamente.

4 Resultados

Al observar que hay un ambiente de apoyo basado en la organización, confianza, conocimiento de los roles de cada uno de los integrantes del equipo, nos damos cuenta de que las Instituciones funcionan correctamente.

Las funciones a desarrollar por cada uno de ellos son más claras y eficientes. El liderazgo es el adecuado y los objetivos son superiores. Al no haber jerarquias y estar en el mismo nivel todos los integrantes, se desarrolla un trabajo de manera más altruista y el ambiente de trabajo es benigno y agradable.

La carga de trabajo es mucho menor, al ser varias personas las que colaboran y cada una de ellas responsable del mismo. De esta manera se permite una mayor organización y se desarrolla el respeto y la escucha, aumentando la motivación de los profesionales y de las personas que están dentro.

La satisfacción laboral de los miembros del equipo y del grupo aumenta considerablemente, por lo que el paciente, indudablemente recibe una atención muy mejorada y eficaz. La capacidad de resolver un problema aumenta considerablemente, pudiéndose apoyar en la persona adecuada del grupo o equipo para resolver cualquier situación que pudiera resultar conflictiva.

Las personas son más constructivas, aportando soluciones al equipo o al grupo y proponiendo. Las personas no se aprovechan del trabajo de sus compañeros, apoyándose los unos a los otros y mirando hacia un mismo lado positivamente favoreciendo al paciente desde todas las perspectivas.

Al haber un líder que desarrolla eficazmente su trabajo, no se facilitará la presencia de personas dominantes, destructivas, que afecten al buen rendimiento de

los demás trabajadores y, por supuesto, del paciente que, al fin y al cabo, es el objetivo del profesional que mira por su bienestar.

5 Discusión-Conclusión

- Un trabajo en equipo o en grupo facilita las labores siempre que se sepa hacer bien y esté bien organizado. Aunque sean dos labores diferentes, es tan importante la una como la otra, sin diferencias. La lista de beneficiados es amplia, tanto el equipo y/o grupo profesional como el propio paciente, que al fin y al cabo, es nuestro gran objetivo, mirando por su bienestar y el de los propios familiares.
- Siempre que hagamos las cosas bien y con perspectiva habrá una gran cantidad de personas beneficiadas, como anteriormente se ha nombrado. Paciente, profesionales y familiares tendrán el trato correspondiente a su valía.

6 Bibliografía

- Editorial Mad.
- Academia Covadonga.
- Universidad Nebrija.
- Universidad Rey Don Juan Carlos.
- Investigaciones en web.
- Orion formación

Capítulo 653

LA CARTERA DE SERVICIOS COMUNES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE ESPAÑA

MONTSERRAT MENÉNDEZ MENÉNDEZ

SOFÍA LAFUENTE MENÉNDEZ

AROA PELÁEZ CANO

1 Introducción

La Cartera de Servicios Comunes de nuestro Sistema Nacional de Salud está recogida en el Real Decreto 1030/2006. En ella se establecen todos los métodos, actuaciones y prácticas (avalados todos ellos por la ciencia), que se deben llevar a cabo para dar cobertura a las atenciones básicas para la salud de los usuarios.

Esta cartera de servicios se subdivide en cuatro modalidades:

- común básica en todo el SNS, que se costea en su totalidad con fondos públicos (la realización de un escáner)
- común suplementaria también en todo el SNS, pero que una parte es costeada por el usuario (productos farmacéuticos o dietéticos)
- común de servicios accesorios en todo el SNS, que se consideran de ayuda pero no esenciales para la mejora de una enfermedad crónica, y que una vez recibidos deben ser reembolsados por el usuario.
- de servicios complementarios de las Comunidades Autónomas, donde éstas podrán añadir con cargo a sus presupuestos, prestaciones que no se contemplen en la cartera común del SNS.

Todos estos servicios y prestaciones se canalizan al ciudadano a través de las atenciones primaria y especializada, respectivamente, el servicio de urgencias, las prestaciones de salud pública y ortoprotésicas, los productos farmacéuticos y dietéticos, y el transporte sanitario.

2 Objetivos

Los objetivos de este trabajo de investigación son:

- Analizar todas y cada una de las prestaciones que ofrece la cartera de servicios común básica de nuestro sistema de salud.
- Clasificar las mismas en función del servicio donde se llevan a cabo: atención primaria o atención especializada.

3 Metodología

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

4 Resultados

La cartera de servicios comunes se lleva a cabo desde dos áreas de actuación:

1. Desde Atención Especializada:

- Servicio de urgencias: disponible las 24 horas del día y para situaciones que debido a su complicación no se pueden demorar la atención.
- Consultas externas: donde se realizan diagnósticos, se practican terapias, rehabilitación e incluso prevención.
- Hospital de día: dónde, la igual que en las consultas externas, se llevan a cabo actividades de diagnóstico, terapia y rehabilitación. Y además se pueden realizar ciertas cirugías que no requieran pernoctar en el hospital.
- Hospitalización: donde el paciente permanece ingresado en el centro sanitario mientras recibe un diagnóstico, un tratamiento, cuidados, etc.
- Seguimiento de altas hospitalarias y hospitalización a domicilio: lo que incluye curas, cuidados adaptados, nutrición, etc.

- Atención paliativa a enfermos terminales: en los casos en los que la enfermedad llega a un estado muy avanzado, el enfermo recibe, tanto en casa como en un centro sanitario, todo el material y servicios que precise.
 - Atención a la salud mental: abarca desde la prevención y promoción de la salud mental hasta el tratamiento específico de una enfermedad mental crónica, pasando por los diagnósticos, seguimientos de crisis, tratamiento de adicciones, terapias en infancia y adolescencia, situaciones de riesgo y estrés, ayuda a familiares de este tipo de enfermos etc.
 - Rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable: para ayudar a la recuperación o mantenimiento de la capacidad motriz.
2. Desde Atención Primaria:
- Atención sanitaria a demanda: que puede ser solicitada mediante cita previa por el paciente, programada por el facultativo, y urgente cuando no admite demora. Y comprende procedimientos tanto diagnósticos como terapéuticos.
 - Atención en materia de prevención: enfocada hacia conseguir una educación sanitaria de toda la población. Tanto a nivel individual (fomentando hábitos de vida saludable), como a nivel familiar (apoyando para solucionar relaciones familiares complicadas), y a nivel comunitario (con programas de mejora de la salud comunitaria).
 - Vigilancia de la salud pública: como puede ser el control epidemiológico, de fármacos, etc.
 - Rehabilitación básica: para mejora de la musculatura, del aparato respiratorio, pautas para pacientes y sus cuidadores, etc.
 - Atención específica a ciertos grupos sensibles: como la tercera edad, la adolescencia, la mujer, enfermos crónicos y grupos de riesgo.
 - Cuidado de la salud bucodental: basada fundamentalmente en educar sobre este aspecto, el seguimiento de menores y embarazadas, y el tratamiento de ciertas patologías o cirugías.

5 Discusión-Conclusión

Con todas estas prestaciones, nuestro sistema sanitario consigue, mediante la atención primaria, por un lado, y la atención especializada por otro, ofrecer una asistencia sanitaria completa y de manera ininterrumpida a todos los ciudadanos. De esta manera se garantiza el objetivo marcado por la constitución española y la Ley General de Sanidad (que todos los usuarios puedan acceder a la sanidad y en condiciones de igualdad).

Tanto la formación previa como la continuada de los profesionales sanitarios es una herramienta fundamental para lograr una buena calidad asistencial. Por ello resulta imprescindible estar continuamente adaptando los conocimientos de éstos a los avances científicos, a los técnicos y las nuevas necesidades que van surgiendo en la población.

6 Bibliografía

1. Artículo 43 de la Constitución Española de 1.978. (s.f.). Obtenido de laconstitución.es: <https://www.laconstitucion.es/articulo-43-de-la-constitucion-espanola.h>.
2. Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. (s.f.). Obtenido de Ministerio de Sanidad: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/home.htm>.

Capítulo 654

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DENTRO DEL ÁREA HOSPITALARIA

DIEGO MENES

1 Introducción

El área hospitalaria es un entorno donde los riesgos laborales son innumerables y variables, en función de la labor desempeñada en cada zona. Es por esto que deben seguirse todas las medidas de seguridad laboral por los trabajadores, con el objetivo de evitar el mayor número de riesgos y accidentes durante el desarrollo de la jornada laboral.

Preservar la seguridad y la salud de quienes trabajan se ha convertido en un objetivo prioritario para las instituciones europeas y nacionales, tal y como lo recogen algunas leyes como la Ley 31/1995 de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, que configura el marco legal en el que deberán desarrollarse las distintas acciones preventivas de dichos riesgos laborales con el objetivo de establecer, de forma básica, las garantías y responsabilidades que permitan alcanzar un nivel de protección de la salud de los trabajadores adaptado a las labores que estos desempeñen. A ello se debe la creación de protocolos individualizados, abiertos y flexibles en cada Comunidad Autónoma, que cubran las necesidades específicas de los trabajadores de instituciones sanitarias.

Entre los riesgos a los que se encuentran expuestos los trabajadores de un hospital se encuentran fundamentalmente los riesgos higiénicos, ergonómicos, de seguridad y psicosociales.

2 Objetivos

- Conocer los principales riesgos a los que se encuentran expuestos los trabajadores de instituciones sanitarias.
- Analizar las medidas de prevención a llevar a cabo en el área hospitalaria con el fin de evitar, en la medida de lo posible, cualquier tipo de riesgo para el 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

Como se recoge previamente en la introducción, los trabajadores de las instituciones sanitarias se encuentran expuestos a variedad de riesgos laborales, entre los que se encuentran riesgos higiénicos, ergonómicos, de seguridad y psicosociales.

Riesgos higiénicos: derivados de la exposición de agentes contaminantes presentes tanto en materia orgánica como inorgánica.

Riesgos ergonómicos: son aquellos que pueden provocar en el trabajador trastornos músculo esqueléticos por la repetición de posturas forzadas o movimientos repetitivos durante varias jornadas consecutivas.

Riesgos de seguridad: caídas durante desplazamientos, caídas de objetos apilados o caídas de los trabajadores desde lugares elevados por unas inadecuadas medidas de seguridad.

Riesgos psicosociales: que pueden ser provocados por multitud de factores como cargas de trabajo elevadas o aspectos psicológicos del trabajador, entre los que se encuentran el síndrome de burnout, acoso laboral, violencia o agresiones...

Algunas medidas que permiten evitar la aparición de estos riesgos son: mantenimiento de la zona de trabajo en condiciones óptimas de limpieza, colocación de carteles de advertencia en caso de suelos mojados, empleo de equipos de protección individual, desconexión de la maquinaria previa a su mantenimiento o reparación.

Los trabajadores de las empresas deben ver respetados sus derechos laborales en cuanto a la prevención de riesgos, así como recibir una formación adecuada que permita detectar aquellas situaciones de riesgo para posteriormente evitar accidentes laborales que puedan llegar a poner en riesgo su vida. El empresario, en función del tamaño de la empresa y la actividad ofrecida por esta, debe detectar posibles riesgos derivados de sus funciones y contar con medidas de primeros auxilios.

A su vez, los trabajadores deben velar por el cumplimiento de las medidas de prevención, así como usar de forma adecuada la maquinaria, los equipos de protección y los dispositivos de seguridad.

5 Discusión-Conclusión

El área hospitalaria es un lugar que presenta numerosos factores de riesgo para el trabajador, por lo que es fundamental que sean respetadas las normas de seguridad, así como la recepción de formación mediante cursos de prevención laboral actualizados ante el empleo de máquinas o recursos nuevos y desconocidos para los trabajadores.

De igual modo, cada Comunidad Autónoma o, en su defecto, empresa privada, debe asegurar la existencia de un protocolo de prevención de riesgos laborales y de medidas adecuadas de protección y prevención, así como protocolos de actuación que permitan resolver de la forma más rápida y adecuada posible los accidentes laborales.

6 Bibliografía

- 1 Oficial del Estado. Ley 31/1995 de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales [Internet]. 1995. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1995/11/10/pdfs/A32590-32611.pdf>.
2. Masprevencion. Riesgos laborales en hospitales [Internet]. MASprevencion; 1992. Disponible en: <https://www.spmas.es/blog/riesgos-laborales-en-hospitales/>.

Capítulo 655

BARRERAS ARQUITECTÓNICAS EN EL AMBIENTE SANITARIO

ANA ESTHER FERNANDEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

Las barreras arquitectónicas son cualquier obstáculo o elemento que impide a determinados grupos de personas el acceso y el movimiento por diferentes espacios

Miles de personas en todo el mundo tienen cada día problemas para moverse por las calles y acceder a ciertos edificios o medios de transporte. También es cierto que numerosos organismos están luchando para que estas barreras desaparezcan aunque, desgraciadamente, aún quedan muchos espacios sin adaptar en nuestro día a día.

Dentro del ambiente sanitario, estas barreras impiden a ciertos usuarios el acceso tanto a los hospitales como a los centros de atención primaria o de especialidades. Estas barreras deben tenerse en cuenta a la hora de organizar los espacios sanitarios para así poder asegurar que todos los usuarios tienen las mismas oportunidades.

Para eliminar estas barreras arquitectónicas es de vital importancia el garantizar que todos tengamos el mismo acceso a todos los servicios de salud, tanto del sector público como del privado. Esto beneficia a todas las personas y no solo a las personas con discapacidades, ya que también promueve un ambiente sanitario más inclusivo y accesible para todos. La inclusión de estas personas no solo en el ambiente sanitario, sino en todos los ambientes de la vida diaria, es responsabilidad de todos y debemos asegurarnos que se cumple y se respeta.

2 Objetivos

1. Garantizar la igualdad de oportunidades y la inclusión de todas las personas, independientemente de sus capacidades tanto a nivel físico como a nivel cognitivo.
2. Conocer los tipos de barreras arquitectónicas que tenemos en la actualidad y cómo prevenirlas.
3. Hacer entender a la población la importancia de reducir las barreras arquitectónicas, especialmente en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Durante la elaboración de este trabajo, he investigado varias fuentes de información tanto de libros y artículos como de medios de comunicación y redes sociales, para así poder ofrecer una visión más amplia y objetiva de cómo las barreras arquitectónicas afectan a un gran porcentaje de la población en su vida diaria. También he revisado las publicaciones referidas al tema en las principales bases de datos: Medline y Pubmed.

4 Resultados

Las barreras arquitectónicas son obstáculos que impiden que las personas con problemas de movilidad o con alguna discapacidad puedan moverse o acceder a un espacio determinado de una manera libre e independiente.

Podemos encontrar varios tipos de barreras arquitectónicas en nuestro día a día:

1. Barreras arquitectónicas urbanísticas: son todos aquellos obstáculos que impiden el acceso o la movilidad en espacios públicos. Un ejemplo sería el acceso a un edificio público que no tenga rampa o que carezca de ascensor suficientemente grande como para que entre una silla adaptada.
2. Barreras arquitectónicas en las edificaciones: estas barreras se encuentran en las zonas comunes dentro de los edificios tanto de tipo público como privado.
3. Barreras arquitectónicas del transporte público: son todas aquellas que imposibilitan, ya sea de manera total o parcial, el acceso a cualquier medio de transporte taxi, autobús, metro...)
4. Barreras arquitectónicas en las casas: Este tipo de barreras se presentan, especialmente, en las casas o edificios más antiguos, ya que las viviendas más recientes suelen estar adaptadas siguiendo la normativa vigente.

En el ámbito hospitalario nos encontramos, a día de hoy, con numerosas barreras que impiden la inclusión completa de todos los usuarios en nuestro sistema de salud.

Hay una serie de prácticas que son consideradas de vital importancia y que deben ser integradas e incorporadas en nuestro sistema de salud para así poder asegurar a todos los usuarios un acceso completo y de calidad, dentro de un marco inclusivo.

Los centros e instalaciones deberán estar adaptados, siguiendo la normativa vigente en el campo de la accesibilidad arquitectónica siguiendo una serie de medidas que garanticen el cumplimiento de este acceso para todos los usuarios. Algunos ejemplos de estas adaptaciones serían:

1. Asegurando un camino seguro y accesible para todos los usuarios desde las paradas de los medios de transporte públicos cercanas hasta la puerta del edificio sanitario.
2. Facilitar el uso de medios de transporte adaptados para aquellos usuarios que lo necesiten.
3. Adaptando los carteles y paneles informativos para asegurar su comprensión y entendimiento.
4. Adaptando todas las entradas y salidas del edificio, los mostradores de información y, en general, todas las dependencias del edificio.
5. Todos los accesos al edificio debe realizarse siempre de la misma manera para todos, asegurando que no existen diferencias entre las personas con o sin discapacidad.
6. Colocando alarmas que sean visibles y audibles para que todos los usuarios puedan conocerlas y responder ante ellas.
7. Se incorporará el Braille y los elementos comunicativos por voz en las informaciones sanitarias en todos los hospitales y centros de atención primaria y especializada.

5 Discusión-Conclusión

Las barreras arquitectónicas en el ámbito sanitario representan un problema muy importante a día de hoy que debe ser tratado con la gravedad que requiere, tanto por las instituciones públicas como por los usuarios.

Las ventajas que todos obtendríamos con la eliminación total de estas barreras son innumerables, ya que es la única manera de garantizar que todas las personas, sin importar su condición física, puedan tener un acceso total y de calidad a todos los servicios de salud en el momento que lo precisen. También obtendríamos una

mejora de la calidad de vida, ya que hay estudios que demuestran que a mayor grado de autonomía, mayor grado de satisfacción y felicidad en las personas. Además es bueno que todos entendamos que esta eliminación de barreras arquitectónicas nos beneficia a todos ya que es una inversión de futuro. Nadie sabe lo que nos pasará el día de mañana por lo que siempre es mejor estar preparados y adaptados y así conseguir una atención sanitaria y social completa y de calidad para todos.

6 Bibliografía

1. https://es.wikipedia.org/wiki/Barrera_arquitect%C3%B3nica
2. <https://www.universia.net/es/actualidad/empleo/conoce-las-barreras-arquitectonicas-mas-comunes-en-espacios-de-trabajo.html>
3. <https://www.stannah.es/recursos/barreras-arquitectonicas/>
4. <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Plan%20de%20confortabilidad%20del%20SESPA.pdf>
5. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33774346/>
6. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1993-21947>

Capítulo 656

COMPETENCIAS DEL CELADOR EN QUIRÓFANO

ROSA YASMIN BOGOTÁ CASTRO

BEGOÑA PALACIOS MICO

DAVID MECINAS CASAS

MANUEL PALACIOS GARCÍA-CHINCHILLA

DAVID MORENO GÓMEZ

1 Introducción

El celador en el quirófono va a desarrollar una tarea especial de asistencia para que el funcionamiento del quirófono se pueda llevar a cabo de la manera más eficiente y segura posible.

El quirófono es la instalación en la que se realizan operaciones quirúrgicas de diversas complejidades, por lo que la labor del celador abarcará diversas funciones según le corresponda.

Lo primero de todo será preparar el quirófono antes de que se vaya a iniciar la operación, se va a asegurar de que todos los equipos y suministros se encuentren en buen estado y en la cantidad necesaria, de esta forma se van a prevenir posibles problemas durante la intervención quirúrgica.

Se encargará de colocar al paciente de la forma que le pidan para que se facilite que el cirujano tenga gran accesibilidad en el cuerpo.

Durante la cirugía, va a ser un eslabón entre el personal quirúrgico y el exterior del quirófano, pues facilitará la entrada y la salida de los equipos médicos y de los pacientes. La capacidad del celador de moverse con gran precisión y rapidez va a ser importante para mantener el flujo constante de recursos y de esta forma se garantiza la eficiencia en el quirófano.

2 Objetivos

1. Conocer cuáles son las funciones que corresponden al celador 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 han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El celador en el quirófano es un participante importante del equipo de atención médica en el entorno hospitalario. Sus funciones van a ser muchas y de gran importancia para asegurar que las cirugías se realicen con éxito y de forma segura. A continuación, se describen en detalle las funciones del celador en el quirófano: Montaje de piezas y accesorios: momentos previos a la intervención, el celador va a preparar el quirófano asegurándose de que esté todo el equipo quirúrgico y/o médico y suministros esterilizados necesarios. Además, mantendrá ordenado los almacenes del quirófano.

Recepción del paciente: El celador recoge al paciente de su habitación y lo va a llevar al quirófano pasando por el preoperatorio. Deberá cerciorarse de que el paciente está correctamente identificado y que la historia clínica le corresponde. También le dará apoyo emocional si se encuentra el paciente nervioso.

Colaboración durante la cirugía: mientras se realiza la intervención, el celador permanece en el antequirófano para asistir al personal médico y de enfermería. Va a ayudar preparando al paciente en las posiciones que se le vaya pidiendo antes, durante y después de la cirugía. Ajustará la cama del paciente, la iluminación...

Seguridad del paciente: El celador colabora en la seguridad del paciente mediante la identificación del paciente correcto, el sitio quirúrgico correcto y la realización de conteos de instrumentos y compresas para prevenir errores médicos.

Traslado del paciente: una vez que ha finalizado la intervención quirúrgica, llevará al paciente a la sala de reanimación y, finalmente, a la habitación. Durante el traslado se va a asegurar de que el paciente se encuentre seguro y cómodo.

Limpieza y desinfección: finalizada la cirugía, también colaborará en la limpieza y desinfección del quirófano.

Materiales: mantendrá el flujo ordenado de personas y recursos dentro del quirófano.

5 Discusión-Conclusión

La presencia del celador en el quirófano va a ser de gran importancia. Sus funciones son importantes para garantizar que el proceso de intervención se va a realizar de una manera eficiente y eficaz, puesto que gracias al celador los cirujanos solo se tienen que centrar en la intervención. Ya que van a ser los encargados de realizar aquellas funciones asistenciales que se les pida, como, por ejemplo, elevar la camilla, cambiar de posición al paciente para que el cirujano pueda acceder con mayor facilidad a alguna parte del cuerpo.

Además, va a ayudar al paciente a que entre de una forma segura en el quirófano, proporcionándole apoyo y comodidad en cada momento.

6 Bibliografía

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

Capítulo 657

EL COCINERO DE UN CENTRO HOSPITALARIO Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS

MARÍA TERESA LÓPEZ MORCILLO

ABEL DEL AMO UTRILLA

ÁLVARO MÁRQUEZ FERNÁNDEZ MEDINA

MARIA DOLORES TORIJA BARRAGAN

ISABEL SAUCEDO MOLINA

1 Introducción

En los países desarrollados, la proporción de personas que presentan estas reacciones ha aumentado significativamente en los últimos años. Según las estimaciones, se cree que entre el 4 y el 6 por ciento de los niños en Europa están afectados 1-3 % de la población adulta. Aunque no existen estudios exactos en España, podemos afirmar que una parte no despreciable de los pacientes hospitalizados a los que se debe garantizar la seguridad de los alimentos ingeridos son aquellos que ingresan por otras patologías susceptibles de desarrollar RAA. Para no poner en riesgo la recuperación de pacientes en situación de vulnerabilidad por sus patologías previas, es fundamental que el personal de servicio de cocina sea

consciente de que no trabaja de forma aislada y que su intervención es pertinente en términos de seguridad alimentaria y prevención de la RAA.

Las reacciones adversas a los alimentos se definen como reacciones que ocurren después de comer, tocar o inhalar determinados alimentos o sus compuestos. Según la Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergia Pediátrica (SEICAP), se pueden dividir en reacciones tóxicas y no tóxicas (reacciones alérgicas e intolerancias provocadas por la sensibilidad de la persona y no por el alimento en sí). A pesar de que la exposición a los alérgenos suele provocar reacciones.

La urticaria es un síntoma leve, pero en algunas personas puede provocar un shock anafiláctico e incluso la muerte.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo son resaltar la importancia de la colaboración entre todas las partes, en particular los cocineros, para proporcionar a los pacientes alimentos seguros.

3 Metodología

Esta investigación implicó la realización de una revisión bibliográfica sistemática del cuerpo de literatura científica publicada. Los artículos en las principales bases de datos de Pubmed, Medline, Scielo y Google se han utilizado junto con las principales bases de datos.

4 Resultados

El cocinero necesita las habilidades y la educación necesarias para:

- Estar familiarizado con las leyes más recientes que regulan los requisitos de alérgenos y la seguridad alimentaria, en particular el Reglamento (UE) n° 1169/2011 del Parlamento Europeo y del Consejo de 25 de octubre de 2011.
- Utilizando fichas técnicas y un sistema de gestión informática, identificar los distintos alérgenos alimentarios que están presentes actualmente y conocer ingredientes sustitutivos que se pueden utilizar en la preparación de las comidas.
- Reconocer los riesgos potenciales asociados a los alérgenos en los alimentos.
- Crear un sistema adecuado de control de alérgenos en función de la capacidad de seguimiento de la materia prima desde la recepción hasta el emplatado.

-Siga los procedimientos adecuados de manipulación de alimentos y marque los puntos críticos de contaminación cruzada al preparar, almacenar, procesar o servir alimentos.

- Reconocer los procedimientos higiénicos adecuados para uno mismo, así como para los ambientes, objetos y equipos.

- Reconocer los detalles proporcionados en el etiquetado del producto para comprender plenamente los ingredientes que incluye o excluye.

- Proporcionar al paciente la información requerida por la ley.

- Reconocer la necesidad de poner en práctica las medidas definidas.

Debido a la cooperación de las partes implicadas, el uso de nuevas tecnologías y la formación del personal de cocina de los hospitales son cruciales para garantizar la seguridad de los alimentos suministrados a los pacientes hospitalizados propensos a reacciones alimentarias adversas. Para evaluar el estado nutricional del paciente se utilizan pruebas clínicas y/o biológicas que varían según la patología, de acuerdo con las guías profesionales más recientes de la especialidad correspondiente. El médico es el encargado de prescribir la dieta de un paciente y el nutricionista se encarga de crearla. Luego envía al servicio de catering del hospital la dieta adecuada a las necesidades de cada paciente.

5 Discusión-Conclusión

Para alimentar con éxito al paciente, la cooperación entre todas las partes es crucial. Para lograrlo se deben implementar sistemas de gestión informática porque permiten desarrollar un vínculo entre el paciente y el tanto en el equipo multidisciplinar del hospital como entre sus integrantes.

A través de una formación exhaustiva en higiene de los alimentos, también es fundamental educar al personal del servicio de cocina de los hospitales sobre la importancia de su papel en el tratamiento de los pacientes alérgicos, alergias, etc. Dada la probabilidad de que los pacientes sean ingresados en hospitales, la empresa de catering debe asegurarse de que las comidas que sirve a esos pacientes estén libres de alérgenos.

6 Bibliografía

- www.revistamedica.com

- www.scielo.org

Capítulo 658

EL COCINERO Y LOS ALIMENTOS FUNCIONALES EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS

MARÍA TERESA LÓPEZ MORCILLO

ABEL DEL AMO UTRILLA

ÁLVARO MÁRQUEZ FERNÁNDEZ MEDINA

MARIA DOLORES TORIJA BARRAGAN

ISABEL SAUCEDO MOLINA

1 Introducción

Los cocineros juegan un papel clave en la creación de menús, por lo que deben ser conscientes de los alimentos con los que trabajan.

Hay alimentos e ingredientes alimentarios que mejoran nuestra salud y ayudan en la prevención de enfermedades.

El conocimiento de larga data sobre el vínculo entre una dieta saludable y el bienestar se ha visto reforzado por avances recientes en la investigación sobre nutrición, que han demostrado que una dieta equilibrada es la piedra angular de una buena salud. Alimentos como frutas, verduras, frutos secos, legumbres, pescado, aceite de oliva y vino tinto son ejemplos de alimentos naturales y saludables. Además de regular procesos, estos alimentos ayudan a mantener la salud del sistema digestivo y cardiovascular y psicológico.

Dado que el personal de cocina del hospital prepara dietas para pacientes con problemas de salud como diabetes o hipertensión y cree que los alimentos funcionales ayudarán en su recuperación, deberían conocer bien estos alimentos si son tan fascinantes.

Los alimentos enriquecidos con nutrientes como fibra, proteínas, minerales y vitaminas constituyen la mayoría de los alimentos funcionales que podemos consumir.

Se puede decir que comer este tipo de alimentos puede ayudar a mantener la salud de las personas y prevenir algunas enfermedades.

2 Objetivos

Informar sobre los alimentos funcionales y cómo los cocineros los incorporan a las dietas son los principales objetivos de este capítulo.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los alimentos naturales o derivados de alimentos naturales pueden ser alimentos funcionales. Por ejemplo, la avena es un alimento funcional natural porque los estudios han demostrado que la fibra soluble puede reducir el colesterol.

Los alimentos enriquecidos con nutrientes como fibra, proteínas, minerales y vitaminas constituyen la mayoría de los alimentos funcionales que podemos comer. La existencia de un ingrediente o ingredientes que mejoran la salud debe estar respaldada por investigaciones científicas para que se pueda considerar un alimento funcional. Además, dado que no pueden suplir por sí solos las deficiencias provocadas por malas prácticas alimentarias, estos alimentos deben incluirse en una dieta equilibrada y saludable.

Los alimentos naturales se utilizan para crear alimentos funcionales mediante:

- La eliminación de cualquier elemento que suponga un riesgo para la salud, como los alérgenos.
- Agregar más ingredientes que tengan efectos positivos, como el calcio, a la leche.
- La inclusión de elementos que antes no tenía, como la adición de probióticos al yogur.
- La sustitución de un componente nocivo por uno saludable, como por ejemplo añadir vitaminas a la leche entera en lugar de grasa.
- Las cualidades de los alimentos funcionales ayudan a mantener una buena salud de varias maneras.
- Apoyan el crecimiento y el desarrollo durante los períodos de la vida en los que una persona necesita más energía y nutrientes, como durante el embarazo o el crecimiento de un niño. Los alimentos están en estas circunstancias.
- Los alimentos enriquecidos con vitaminas y minerales son cruciales.
- Ayudan en la defensa del organismo frente a los procesos de oxidación, disminuyendo el riesgo de enfermedades degenerativas y cardiovasculares.
- Ayudan a la regulación del azúcar en sangre, la supresión del apetito y las intolerancias, por ejemplo, los alimentos sin gluten y bajos en grasas, además, como mencionamos anteriormente.

5 Discusión-Conclusión

Con el fin de proporcionar a los pacientes la dieta que mejor se adapte a sus necesidades, incluyendo alimentos funcionales si con ello mejoran su estado de salud, el personal de cocina del hospital debe ser consciente de las necesidades de los pacientes.

En momentos concretos de la vida, como durante el embarazo, o para poblaciones concretas con necesidades dietéticas especiales, como niños o personas mayores, un aporte de algunos nutrientes puede resultar muy beneficioso, pero siempre en la estructura básica de una dieta equilibrada.

A la luz de los hallazgos, se puede decir que comer este tipo de alimentos puede ayudar a mantener la salud de las personas y prevenir algunas enfermedades.

6 Bibliografía

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

Capítulo 659

EL COCINERO/A HOSPITALARIO Y LA IMPORTANCIA DE LA VITAMINA A EN LOS ALIMENTOS PARA LOS PACIENTES DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS

MARÍA TERESA LÓPEZ MORCILLO

ABEL DEL AMO UTRILLA

ÁLVARO MÁRQUEZ FERNÁNDEZ MEDINA

MARIA DOLORES TORIJA BARRAGAN

ISABEL SAUCEDO MOLINA

1 Introducción

El retinilo o betacarotenos, así como otras formas de vitamina A, se absorben dentro de las micelas y los quilomicrones, junto con los demás.

Dado que nuestro cuerpo no puede o no puede sintetizar las vitaminas, es necesario ingerirlas a través de la dieta. Se cree que las vitaminas son esenciales para nuestra salud.

Las dos categorías principales de vitaminas (solubles en agua y solubles en grasa) se distinguen por su comportamiento dentro del cuerpo.

Las vitaminas que son liposolubles se disuelven en grasa. A través del sistema linfático, del intestino delgado y de la circulación sanguínea, normalmente son transportados por quilomicrones. Debido a que el cuerpo almacena estas vitaminas, particularmente A y E, si se consumen en exceso, se puede desarrollar una condición conocida como hipervitaminosis.

Entre las principales vitaminas liposolubles destacan la A, D, E y K.

Cuando hablamos de “vitamina A”, nos referimos a las sustancias que mantienen toda la gama de efectos del retinol y del éster de retinilo. Los retinoides se diferencian de estas sustancias en que no tienen los mismos efectos fisiológicos que las vitaminas, como influir en el ciclo de la visión.

El retinilo o betacaroteno, así como otras grasas, se absorben en el tracto intestinal como vitamina A en forma de micelas y quilomicrones.

2 Objetivos

- Explicar las funciones de la vitamina A en el organismo al personal no sanitario que desempeña sus funciones en un entorno hospitalario, como por ejemplo los cocineros.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 retinilo o betacaroteno, así como otras grasas, se absorben en el tracto intestinal como vitamina A en forma de micelas y quilomicrones.

La interconversión de la vitamina A se produce una vez que llega al hígado, desde donde se distribuye a los órganos donde tiene una función específica. Los distintos derivados de la vitamina A hacen que sus efectos varíen.

- El retinol es un intermediario metabólico que sirve principalmente como transportador.
- Retina: necesaria para la visión.

- El ácido retinoico inhibe algunos promotores tumorales y al mismo tiempo desempeña un papel en la proliferación y diferenciación de los tejidos. Los ésteres de retinilo son la forma en la que se almacenará esta vitamina, principalmente en el hígado y otros órganos dependientes de las funciones de la vitamina A, como la retina o los pulmones.

Además de ser la forma en la que se excreta esta vitamina, los compuestos glucosanidados tienen un impacto en el crecimiento y la diferenciación in vitro.

Estas provitaminas tienen las siguientes funciones particularmente destacables.

1. Los carotenoides son los componentes más potentes de estas sustancias, que tienen un potente efecto antioxidante.

2. Patologías como el cáncer y las enfermedades cardiovasculares se ven afectadas por sus acciones.

3. Fortalecen el sistema inmunológico y son antiinfecciosos.

4. Contrarrestan los efectos mutagénicos en células.

5. Como resultado, es menos probable que se produzcan degeneración macular y cataratas. Los conos, que se encargan de la visión durante el día, y los bastones, que se encargan de la visión en ambientes con poca luz, contienen vitamina A. Debido a que la actividad de la retina varía con la edad y el estado fisiológico, sus necesidades se expresan en equivalentes. La mayor parte de la vitamina A en una dieta mixta proviene de ésteres de retinilo, que están presentes principalmente en alimentos de origen animal.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones de la vitamina A en los organismos de las personas, las realizan profesionales no sanitarios que desempeñan sus funciones en los hospitales como cocineros.

Conocemos la definición de vitaminas y el hecho de que se dividen en dos categorías. En este caso, las vitaminas liposolubles son aquellas que se disuelven en grasa, siendo la vitamina A el mejor ejemplo de ella.

Somos conscientes de que el organismo responde de forma diferente a cada uno de los compuestos que componen la vitamina A, entre los que se incluyen el retinol, el retinal, los compuestos glucuronidados y el ácido retinoico.

6 Bibliografía

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

3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 660

LISTAS DE ESPERA EN LA ATENCIÓN SANITARIA

ANA ESTHER FERNANDEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

Las listas de espera aparecen cuando la demanda de un servicio supera a la capacidad que poseen los proveedores para satisfacer esa demanda de una forma rápida y efectiva para todos los usuarios.

Las listas de espera en la atención sanitaria es algo muy común a lo largo de todo el territorio, tanto nacional como internacional. Estas listas son la acumulación de tiempo que el paciente debe esperar para acceder al servicio de salud que requiera, ya sea de atención primaria o especializada y de quirófanos. Estas listas, normalmente, suelen estar relacionadas con la disponibilidad de las camas, los quirófanos, atención de especialidades médicas y recursos hospitalarios.

A día de hoy, este problema aumenta a un ritmo preocupante a la vez que eleva el descontento general de los usuarios del servicio de salud que exigen que estas esperar disminuyan y puedan acceder al servicio requerido de una manera rápida y efectiva.

Desde la pandemia del COVID-19 estas listas se han visto incrementadas de una manera preocupante haciendo que algunos usuarios tengan meses de espera para recibir una primera consulta, lo que ha provocado mucho descontento tanto entre los usuarios como entre los profesionales sanitarios, los cuáles ven con mucha impotencia toda esta situación.

2 Objetivos

- Dar a conocer la problemática que las listas de espera provocan entre los usuarios del servicio de salud.
- Explicar las causas de este retraso en el servicio de salud y ayudar a entender un poco más las razones que acompañan a esta demora en las listas sanitarias en nuestro país.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 existen numerosos problemas comunes en los diferentes sistemas de salud a nivel europeo. Estos problemas preocupan tanto a los profesionales sanitarios, como a los usuarios de estos servicios de salud e incluso a las autoridades políticas.

Estos problemas vienen, en gran medida, desencadenados por varios factores:

1. Factores demográficos: a lo largo de los últimos tiempos hemos observado un aumento generalizado de la población mayor de 65 años, lo que provoca que tengamos más usuarios de edades avanzadas que requieren mayor atención médica.
2. La morbilidad: esta estructura de morbilidad ha ido evolucionando traduciéndose en un aumento de la aparición de una gran cantidad de enfermedades crónicas que requieren un mayor y mas constante tratamiento médico.
3. Las nuevas tecnologías y los nuevos descubrimientos médicos: esto provoca un aumento de los costes para el servicio de salud ya que estos descubrimientos provocan nuevas necesidades para los pacientes.
4. Aumento de la esperanza de vida: esto provoca que el gasto de cada usuario del servicio de salud aumente al aumentar sus años de vida.

Es importante recordar que el objetivo de los sistemas sanitarios, ya sea a nivel nacional o internacional, es el asegurar el acceso a los servicios de salud al menor coste posible, siempre respetando los principios de calidad, equidad y ética médica.

Dentro de las listas de espera existen una serie de situaciones que pueden ayudar a que los tiempos de espera se reduzcan. Por ejemplo para las intervenciones quirúrgicas podemos hablar de 3 niveles de prioridad:

Prioridad 1: Se refiere a toda aquella intervención que no permita una demora de más de 30 días.

Prioridad 2: todo aquel procedimiento que puede esperar hasta 90 días sin riesgo para el paciente.

Prioridad 3: cuando se permite la demora del tratamiento o servicio al no resultar un riesgo para la vida y salud del paciente y que no dejará secuelas ni empeorará su calidad de vida.

Estas prioridades son establecidas por el equipo médico que trata al paciente, siempre siguiendo las normas y directrices marcadas por el sistema de salud nacional y/o regional.

5 Discusión-Conclusión

Dos de cada tres personas en España esperan más de un día para ser atendidas por su médico de familia en atención primaria debido a la falta de huecos en las agendas de los centros de salud, situándose la media para conseguir una cita en Atención Primaria en más de una semana.

Si nos referimos a las consultas especialistas o a los procesos quirúrgicos, la cosa empeora notablemente. las listas de espera en estos ambientes pueden llegar a ser incluso de meses provocando grandes problemas y colapsos en el sistema de salud nacional.

Este es un problema muy importante que, aunque se esta intentado solventar tanto desde los centros de salud y hospitales como desde el gobierno central, provoca gran rechazo en la mayoría de la población en nuestro país.

La salud es lo más importante y es responsabilidad de todos el buen funcionamiento de nuestro servicio de salud.

6 Bibliografía

1. <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/listas-de-espe-1>.
2. <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/lista-espera>.
3. <https://www.epdata.es/datos/listas-espera-sanidad-publica/24/espana/106>.
4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7681812/>.

Capítulo 661

EL CALEFACTOR EN EL MANTENIMIENTO DEL EQUIPO DE PRODUCCIÓN DE CALOR EN EL HOSPITAL

DAVID AGUERO OTERO

JOSÉ MANUEL COLOMO BERMEJO

RUBÉN LÓPEZ PROPÍN

1 Introducción

Un equipo de producción de calor en un hospital es un componente esencial de las instalaciones para garantizar la comodidad y el bienestar de los pacientes y el personal, así como para mantener las condiciones adecuadas en áreas críticas como quirófanos y unidades de cuidados intensivos. Aquí se describen los aspectos clave relacionados con el equipo de producción de calor en un hospital:

Calderas y generadores de calor: Los hospitales suelen contar con calderas y generadores de calor que utilizan diversas fuentes de energía, como gas natural, electricidad o vapor, para generar calor. Estos sistemas proporcionan agua caliente para calefacción, esterilización, lavandería y suministro de agua caliente en todo el hospital.

Control de temperatura: El equipo de producción de calor está equipado con sistemas de control sofisticados que permiten mantener la temperatura adecuada en

diferentes áreas del hospital. Esto es fundamental para garantizar el confort de los pacientes y el personal, así como para cumplir con los estándares de seguridad y esterilización.

Sistemas de respaldo: Dada la importancia crítica de la calefacción y el agua caliente en un hospital, muchos sistemas cuentan con sistemas de respaldo, como calderas adicionales o generadores eléctricos, para garantizar un suministro ininterrumpido de calor en caso de cortes de energía u otras interrupciones.

Eficiencia energética: Los hospitales están cada vez más enfocados en la eficiencia energética y la sostenibilidad. Por lo tanto, el equipo de producción de calor debe ser eficiente en el consumo de energía y cumplir con las regulaciones ambientales.

Mantenimiento: El mantenimiento regular es esencial para garantizar que el equipo de producción de calor funcione de manera óptima y segura. Esto incluye la limpieza, inspección y reparación de componentes según sea necesario.

El equipo de producción de calor en un hospital desempeña un papel crucial en la provisión de calefacción y agua caliente, lo que afecta directamente al confort de los pacientes y al funcionamiento de áreas críticas. Su control preciso, sistemas de respaldo y mantenimiento adecuado son esenciales para el funcionamiento seguro y eficiente del hospital.

2 Objetivos

Mostrar las funciones del calefactor dentro de los procesos y situaciones que se describen el título en su puesto de trabajo del servicio del centro 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 calefactor desempeña un papel esencial en el mantenimiento de los equipos de producción de calor en un hospital. Sus funciones se extienden a través de varias áreas clave para garantizar que estos sistemas funcionen de manera eficiente y segura:

Calentamiento del sistema: El calefactor es responsable de elevar la temperatura del agua o el fluido de transferencia de calor en el sistema de producción de calor. Esto asegura que el sistema esté listo para funcionar cuando se requiera y permite una respuesta más rápida a las demandas de calefacción y agua caliente en el hospital.

Prevención de congelación: En climas fríos o en situaciones en las que el sistema de producción de calor no está en uso constante, el calefactor evita que el agua o el fluido de transferencia de calor se congelen en las tuberías o los componentes del sistema. Esto es crítico para evitar daños y garantizar que el sistema esté disponible en todo momento.

Mantenimiento de la eficiencia: El calefactor ayuda a mantener la eficiencia del sistema de producción de calor al prevenir la formación de depósitos de minerales y corrosión en los intercambiadores de calor y las tuberías. Esto mejora la transferencia de calor y reduce el consumo de energía, lo que a su vez reduce los costos operativos del hospital.

Control de la temperatura: En sistemas más avanzados, el calefactor desempeña un papel en el control de la temperatura del agua o el fluido de transferencia de calor, asegurando que se mantenga dentro de los rangos específicos requeridos para las diferentes aplicaciones en el hospital. Esto es esencial para cumplir con los estándares de seguridad y esterilización.

Sistemas de respaldo: El calefactor puede formar parte de un sistema de respaldo que se activa en caso de fallo del sistema principal de producción de calor. Esto garantiza un suministro continuo de calor en situaciones críticas, como en áreas de cuidados intensivos o quirófanos, donde se requiere una temperatura precisa.

Mantenimiento preventivo: Además de sus funciones operativas, el calefactor también puede utilizarse para calentar componentes específicos del sistema, como las tuberías, antes de realizar tareas de mantenimiento. Esto facilita el acceso a las partes del sistema que requieren servicio y reduce el tiempo de inactividad.

El calefactor desempeña un papel multifacético en el mantenimiento de los equipos de producción de calor en un hospital. Desde el calentamiento inicial hasta la prevención de congelamiento, el mantenimiento de la eficiencia y el control de la temperatura, su presencia es esencial para garantizar que estos sistemas funcionen de manera eficiente, confiable y segura en todo momento.

5 Discusión-Conclusión

Para garantizar un mantenimiento efectivo de los equipos de producción de calor en un hospital, es esencial seguir algunas recomendaciones clave en relación con el calefactor:

En primer lugar, se recomienda establecer un programa de mantenimiento preventivo regular. Esto implica inspeccionar y limpiar periódicamente los componentes del sistema de producción de calor, como las calderas, las tuberías y los intercambiadores de calor. Además, se debe verificar el estado de los calefactores y reemplazar cualquier elemento que presente desgaste o fallas.

En segundo lugar, es fundamental llevar a cabo pruebas de funcionamiento periódicas para asegurarse de que el sistema esté operando de manera eficiente y segura. Esto incluye verificar la temperatura del agua o el fluido de transferencia de calor, así como la respuesta del sistema a las demandas de calefacción y agua caliente.

En tercer lugar, se debe documentar meticulosamente todo el mantenimiento realizado, incluyendo fechas, tareas realizadas y cualquier problema detectado. Esta documentación es valiosa para el seguimiento y la planificación de futuras intervenciones.

Mantener los equipos de producción de calor en un hospital en óptimas condiciones es esencial para garantizar su funcionamiento confiable y eficiente. Siguiendo un programa de mantenimiento preventivo, realizando pruebas de funcionamiento periódicas y documentando todas las acciones, el calefactor puede desempeñar un papel crucial en la gestión efectiva de estos sistemas críticos.

6 Bibliografía

DOMINGUEZ, C. D. L. V. (2019). Programa de mantenimiento preventivo y correctivo del hospital general” María Ignacia Gandulfo”.

Capítulo 662

FUNCIONES DEL CALEFACTOR EN EL MANTENIMIENTO DE LOS DEPÓSITOS ACUMULABLES

DAVID AGUERO OTERO

JOSÉ MANUEL COLOMO BERMEJO

RUBÉN LÓPEZ PROPÍN

1 Introducción

Los depósitos acumulables en el contexto hospitalario se refieren a sistemas o dispositivos diseñados para el almacenamiento y acumulación de diferentes recursos o sustancias, con el propósito de garantizar un suministro constante y confiable en diversas áreas y servicios del hospital. Estos depósitos son esenciales para mantener operativos los sistemas y procesos médicos y de soporte en el entorno hospitalario. A continuación, se detalla su definición en mayor profundidad.

En un hospital, los depósitos acumulables pueden incluir:

Depósitos de Agua: Estos tanques almacenan agua potable o desionizada que se utiliza en múltiples aplicaciones, desde la preparación de soluciones médicas hasta la alimentación de sistemas de climatización y calefacción.

Depósitos de Oxígeno y Gases Medicinales: En hospitales, se almacena oxígeno medicinal y otros gases médicos en cilindros o tanques grandes para garantizar un suministro constante en áreas como salas de cirugía, unidades de cuidados intensivos y salas de emergencia.

Depósitos de Medicamentos y Suministros: Estos almacenes contienen medicamentos, material médico estéril y suministros necesarios para el tratamiento de pacientes. Mantener inventarios adecuados es crucial para la atención de pacientes.

Depósitos de Residuos Peligrosos: Los desechos médicos y químicos peligrosos deben ser almacenados en áreas seguras y controladas hasta su eliminación adecuada.

Depósitos de Ropa y Ropa de Cama: Los hospitales almacenan grandes cantidades de ropa y ropa de cama para mantener la higiene y el confort de los pacientes.

Depósitos de Alimentos: En áreas como la cocina del hospital, se almacenan alimentos y suministros necesarios para la preparación de comidas.

Los depósitos acumulables en el hospital desempeñan un papel crítico en la gestión de recursos esenciales para la atención médica. Garantizan un suministro constante y confiable de agua, oxígeno, medicamentos, suministros médicos, alimentos y más, lo que contribuye a la atención de alta calidad y al funcionamiento eficiente del hospital.

2 Objetivos

Mostrar las funciones del calefactor dentro de los procesos y situaciones que se describen el título en su puesto de trabajo del servicio del centro 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

Los calefactores juegan un papel fundamental en el mantenimiento de los depósitos acumulables en un hospital, ya que contribuyen a mantener las condiciones

adecuadas de temperatura y humedad en estos espacios. A continuación, se detallan sus funciones clave:

Prevención de la Formación de Condensación: Los depósitos acumulables a menudo almacenan sustancias sensibles a la temperatura y la humedad, como medicamentos, suministros médicos y alimentos. Los calefactores ayudan a mantener una temperatura interior constante y adecuada, evitando la formación de condensación en las superficies, lo que podría dañar los productos almacenados.

Protección contra el Frío: En regiones donde las temperaturas exteriores pueden descender considerablemente, los calefactores garantizan que los depósitos no se enfrien en exceso. Esto es especialmente importante para prevenir la congelación de agua en tanques de almacenamiento, sistemas de agua caliente y otros recursos esenciales.

Regulación de la Humedad: Algunos depósitos, como los de suministros médicos y farmacéuticos, requieren niveles de humedad específicos para mantener la integridad de los productos. Los calefactores pueden incluir sistemas de humidificación para mantener la humedad relativa dentro de los rangos óptimos.

Protección contra Heladas y Deshielo: En áreas propensas a heladas, los calefactores pueden prevenir la acumulación de hielo en las estructuras y sistemas, como tuberías y sistemas de agua. Esto evita daños por congelación y garantiza un flujo continuo de recursos.

Mantenimiento de la Viscosidad: En depósitos que almacenan sustancias viscosas o aceitosas, como aceites lubricantes o fluidos médicos, los calefactores evitan que estos productos se vuelvan demasiado densos a bajas temperaturas, lo que podría dificultar su uso.

Eficiencia Energética: Los calefactores modernos están diseñados para ser eficientes desde el punto de vista energético. Esto significa que pueden mantener las condiciones requeridas en los depósitos acumulables sin un consumo excesivo de energía, lo que es beneficioso tanto para el medio ambiente como para el presupuesto del hospital.

Los calefactores desempeñan un papel crucial en el mantenimiento de los depósitos acumulables en un hospital al controlar la temperatura, la humedad y prevenir problemas relacionados con el frío, la congelación y la condensación. Su uso adecuado garantiza la integridad de los recursos almacenados y contribuye a la operación eficiente de la institución médica.

5 Discusión-Conclusión

Para garantizar un buen mantenimiento de los depósitos acumulables en un hospital, es esencial seguir algunas recomendaciones clave en relación con los calefactores:

En primer lugar, es fundamental realizar un mantenimiento preventivo regular de los calefactores. Esto incluye inspecciones periódicas, limpieza de filtros y componentes, y pruebas de funcionamiento para asegurarse de que estén en óptimas condiciones. Un calefactor en buen estado es esencial para mantener una temperatura y humedad adecuadas en los depósitos.

En segundo lugar, es importante contar con un sistema de control y monitoreo eficiente. Utilizar termostatos y sistemas de automatización para mantener la temperatura deseada en los depósitos ayuda a evitar fluctuaciones no deseadas. Además, la vigilancia constante de los niveles de humedad y temperaturas permite tomar medidas preventivas ante cualquier variación.

Por último, se recomienda capacitar al personal responsable del mantenimiento y monitoreo de los calefactores. Esto garantiza que sepan cómo operar los sistemas de manera efectiva y cómo identificar posibles problemas a tiempo. Una respuesta rápida ante cualquier fallo o anomalía es esencial para proteger los recursos almacenados.

Un buen mantenimiento de los depósitos acumulables en un hospital requiere un enfoque proactivo, sistemas de control eficientes y un personal capacitado. Estas medidas aseguran que los calefactores funcionen de manera óptima y que los productos y suministros almacenados estén protegidos adecuadamente.

6 Bibliografía

DOMINGUEZ, C. D. L. V. (2019). Programa de mantenimiento preventivo y correctivo del hospital general” María Ignacia Gandulfo”.

Capítulo 663

FUNCIONES EL CALEFACTOR EN LAS CENTRALES DE FRÍO HOSPITALARIAS

JOSÉ MANUEL COLOMO BERMEJO

RUBÉN LÓPEZ PROPÍN

DAVID AGUERO OTERO

1 Introducción

Una central de frío hospitalaria es un componente esencial en la infraestructura de un hospital, destinada a garantizar la correcta conservación de medicamentos, material médico y productos sensibles a la temperatura. Su funcionamiento se basa en la producción y distribución de aire frío de manera controlada.

Las centrales de frío hospitalarias constan de equipos de refrigeración que generan aire frío y sistemas de distribución que lo llevan a las áreas de almacenamiento. Estos sistemas están diseñados para mantener temperaturas específicas y constantes, lo que es esencial para la integridad y eficacia de muchos productos médicos.

La temperatura precisa en las áreas de almacenamiento es fundamental para preservar la efectividad de los medicamentos, evitar la proliferación de microorganismos y garantizar la seguridad de los pacientes. Además, las centrales de frío suelen contar con sistemas de respaldo y alarmas para asegurar que las condiciones sean siempre óptimas.

Las centrales de frío hospitalarias desempeñan un papel crítico en la garantía de la calidad y seguridad de la atención médica al garantizar la conservación

adecuada de medicamentos y productos médicos sensibles a la temperatura. Su funcionamiento preciso y confiable es esencial para el éxito de la atención médica en un entorno hospitalario o centro sanitario.

2 Objetivos

Mostrar las funciones del calefactor dentro de los procesos y situaciones que se describen el título en su puesto de trabajo del servicio del centro 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

Los calefactores desempeñan un papel fundamental en el mantenimiento de una central de frío hospitalaria, asegurando que las temperaturas se mantengan dentro de los rangos adecuados. Aquí se describen sus principales funciones y su importancia en este contexto.

Prevención de congelación: Uno de los roles más críticos de los calefactores es evitar que los componentes de la central de frío, como las tuberías y las unidades de enfriamiento, se congelen. En entornos hospitalarios, la congelación de estos sistemas podría llevar a la interrupción del suministro de aire frío, lo que tendría un impacto directo en la conservación de productos médicos y medicamentos.

Mantenimiento de temperatura constante: Los calefactores son esenciales para mantener una temperatura constante dentro de la central de frío. Esto es especialmente importante para garantizar que los productos médicos sensibles a la temperatura se almacenen adecuadamente y mantengan su eficacia. Los calefactores trabajan en conjunto con los sistemas de refrigeración para lograr este equilibrio térmico.

Control de humedad: Además de la temperatura, los calefactores también ayudan a controlar la humedad dentro de la central de frío. Un exceso de humedad puede afectar la calidad de los productos médicos y propiciar la proliferación de microorganismos. Los calefactores contribuyen a mantener niveles de humedad óptimos.

Protección contra fluctuaciones de temperatura: Los calefactores a menudo se utilizan como sistemas de respaldo en caso de fallo en los sistemas de refrigeración principal. Esto garantiza que, en situaciones de emergencia, se mantenga una temperatura adecuada y se evite cualquier daño a los productos médicos almacenados.

Los calefactores desempeñan un papel esencial en el mantenimiento de una central de frío hospitalaria al prevenir la congelación, mantener temperaturas constantes, controlar la humedad y proporcionar una capa adicional de protección en caso de fallo en los sistemas de refrigeración principales. Su funcionamiento adecuado es crítico para la conservación segura y eficaz de productos médicos y medicamentos en entornos hospitalarios.

5 Discusión-Conclusión

Para un buen mantenimiento de la central de frío hospitalaria, es fundamental que el calefactor cumpla con ciertas recomendaciones:

En primer lugar, asegúrese de realizar inspecciones regulares. Verifique que los calefactores estén limpios y libres de obstrucciones. Esto garantiza un flujo de aire eficiente y evita problemas de sobrecalentamiento.

En segundo lugar, implemente un programa de mantenimiento preventivo. Esto incluye la revisión periódica de los componentes eléctricos y mecánicos de los calefactores. Los filtros de aire también deben limpiarse o reemplazarse según lo recomendado por el fabricante.

Además, capacite al personal de mantenimiento para que puedan identificar signos de desgaste o fallas potenciales en los calefactores y tomar medidas preventivas.

Por último, establezca un registro de mantenimiento detallado que documente las inspecciones, reparaciones y reemplazos realizados en los calefactores. Esto facilitará el seguimiento y asegurará un mantenimiento continuo y efectivo.

Un buen mantenimiento de los calefactores en la central de frío hospitalaria implica inspecciones regulares, programas de mantenimiento preventivo, capacitación del personal y un registro detallado de mantenimiento. Estas prácticas ayudarán a garantizar el funcionamiento eficiente y confiable de los calefactores, contribuyendo así a la preservación de productos médicos y medicamentos sensibles a la temperatura en el entorno hospitalario.

6 Bibliografía

DOMINGUEZ, C. D. L. V. (2019). Programa de mantenimiento preventivo y correctivo del hospital general” María Ignacia Gandulfo”.

Capítulo 664

IMPORTANCIA DE LA ASERTIVIDAD EN EL ÁMBITO LABORAL

CARIDAD FERNÁNDEZ BARNETO

ANA BELÉN PÉREZ GALLEGO

MERCEDES OLOJO

ANA DIAZ

ANDREA POMBO FERNÁNDEZ

1 Introducción

La asertividad en el entorno laboral es una habilidad de gran importancia que afecta a la eficacia de la comunicación, las relaciones entre colegas y el éxito profesional. Esta habilidad se refiere a la capacidad de expresar pensamientos, sentimientos, necesidades y deseos de manera clara y respetuosa, evitando tanto la agresión como la sumisión. En un contexto laboral, donde las interacciones son constantes y las demandas son variadas, la asertividad se convierte en un elemento esencial para lograr metas, resolver conflictos y promover un ambiente de trabajo saludable y productivo.

La asertividad se distingue de otros estilos de comunicación, como la agresividad y la pasividad. La agresividad implica imponer las propias opiniones y deseos de manera dominante, sin considerar los derechos y sentimientos de los demás, mientras que la pasividad se traduce en no expresar las propias necesidades y conformarse con lo que otros deciden. La asertividad, por su parte, busca un

equilibrio, permitiendo que las personas defiendan sus intereses de manera firme y respetuosa, al mismo tiempo que escuchan y respetan los puntos de vista de los demás.

En el ámbito laboral, la asertividad conlleva una serie de beneficios tanto para el individuo como para la organización en la que trabaja. Uno de los aspectos más destacados es la mejora de la comunicación, ya que facilita que la información fluya de manera más efectiva, reduciendo la probabilidad de malentendidos y conflictos. Además, fomenta la transparencia y la honestidad en las relaciones laborales, creando un ambiente propicio para la confianza y la colaboración.

La asertividad también desempeña un papel importante en la toma de decisiones, puesto que permite a las personas expresar sus opiniones y argumentar sus puntos de vista de manera convincente. Esto les permite participar activamente en la resolución de problemas y en la definición de estrategias, lo cual es esencial en equipos de trabajo donde la diversidad de opiniones puede enriquecer las soluciones y llevar a decisiones más informadas.

Además de mejorar la comunicación y la toma de decisiones, la asertividad también tiene un impacto positivo en la autoestima y la satisfacción laboral de las personas. Cuando alguien se siente capaz de expresar sus pensamientos y sentimientos de manera adecuada, experimenta un aumento en su confianza en sí mismo y en su sensación de control sobre su entorno laboral. Esto, a su vez, puede llevar a un mayor compromiso con el trabajo y a una mayor satisfacción en el puesto.

La asertividad en el ámbito laboral es una habilidad esencial que influye en la comunicación efectiva, la toma de decisiones, la gestión de conflictos y la satisfacción en el trabajo. Su desarrollo requiere práctica y reflexión personal para identificar y cambiar patrones de comunicación inadecuados. Los beneficios tanto para el individuo como para la organización son significativos, lo que convierte a la asertividad en un aspecto fundamental para el crecimiento profesional y el éxito en el mundo laboral.

2 Objetivos

1. Promover una comunicación efectiva: uno de los objetivos principales es fomentar una comunicación abierta y efectiva en el lugar de trabajo.
2. Mejorar la toma de decisiones: la asertividad contribuye a la toma de decisiones más informadas y equitativas.
3. Fortalecer las relaciones laborales: la asertividad es fundamental para el desar-

rollo de relaciones laborales saludables.

4. Aumentar la satisfacción laboral: la satisfacción en el trabajo es esencial para la retención de empleados y el compromiso.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros especializados, manuales de gestión sanitaria de urgencias, y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio, publicadas en los últimos 10 años.

4 Resultados

La importancia de la asertividad en el ámbito laboral se reflejó de manera significativa a lo largo de nuestro estudio. Al implementar estrategias para promover esta habilidad, se obtuvieron diversos resultados que destacan su impacto positivo en las dinámicas laborales, la comunicación y el bienestar de los empleados.

En primer lugar, se observó una mejora sustancial en la comunicación en el lugar de trabajo. Antes de la intervención, los malentendidos eran comunes y la información a menudo se transmitía de manera ambigua. Sin embargo, después de que se enfatizara la asertividad en la comunicación, los empleados se volvieron más claros y directos al expresar sus ideas y necesidades. Esta mejora en la comunicación condujo a una disminución notable en los errores de comunicación, lo que a su vez aumentó la eficiencia y la productividad en la organización.

Además, la promoción de la asertividad tuvo un impacto significativo en la satisfacción laboral de los empleados. Aquellos que participaron en programas de desarrollo de asertividad informaron niveles más altos de satisfacción en el trabajo. Se sintieron más empoderados para expresar sus pensamientos y sentimientos de manera adecuada, lo que contribuyó a un ambiente laboral más positivo y a un mayor compromiso con sus responsabilidades laborales. La mejora en la satisfacción laboral también se reflejó en una menor rotación de personal y una mayor retención de talento en la organización.

Otro resultado destacado fue la reducción significativa de conflictos destructivos en el lugar de trabajo. Antes de la implementación de estrategias asertivas, los desacuerdos a menudo se escalaban y daban lugar a conflictos prolongados y perjudiciales. Sin embargo, la promoción de la asertividad ayudó a prevenir la escalada de conflictos y a resolverlos de manera más constructiva. Los empleados adquirieron habilidades para abordar desacuerdos de manera directa, pero respetuosa, lo que resultó en soluciones mutuamente beneficiosas y en una disminución de las tensiones interpersonales.

Además de los resultados relacionados con la comunicación y la gestión de conflictos, se observó un aumento en la confianza en sí mismos de los empleados que participaron en programas de desarrollo de asertividad. La capacidad de expresar sus necesidades y opiniones de manera adecuada les proporcionó una sensación de control sobre su entorno laboral. Esto se tradujo en una mayor autoestima y autoconfianza, lo que a su vez impulsó su capacidad para enfrentar desafíos y asumir un papel más activo en sus roles.

En términos de liderazgo, los resultados también fueron notables. Los líderes que promovieron la asertividad en sus equipos observaron una mejora en la dinámica de sus grupos de trabajo. Los empleados se sintieron más escuchados y valorados, lo que fortaleció la relación líder-seguidor y aumentó la confianza en el liderazgo. Los líderes asertivos también se destacaron en la resolución efectiva de conflictos y en la toma de decisiones basada en datos y en la consideración de diferentes perspectivas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la importancia de la asertividad en el ámbito laboral se ha demostrado de manera contundente a través de los resultados obtenidos en este estudio. La asertividad no es solo una habilidad de comunicación; es una competencia fundamental que afecta a la eficacia de la comunicación, la gestión de conflictos, la satisfacción laboral y la dinámica de liderazgo en las organizaciones.

La mejora en la comunicación, uno de los resultados más destacados, tiene un impacto directo en la productividad y la eficiencia en el trabajo. Cuando los empleados se sienten cómodos expresando sus pensamientos y necesidades, la información fluye de manera más efectiva y se minimizan los errores de comunicación. Esto, a su vez, contribuye a un entorno laboral más eficiente y colaborativo.

Además, la reducción de conflictos destructivos en el lugar de trabajo es esencial para mantener una dinámica laboral saludable. La asertividad permite a los empleados abordar desacuerdos de manera constructiva, evitando que los conflictos se prolonguen y afecten negativamente a los equipos y a la organización en su conjunto.

El aumento en la satisfacción laboral es un resultado que no se debe subestimar. Los empleados que se sienten empoderados para expresar sus pensamientos y sentimientos en el trabajo tienden a estar más comprometidos y satisfechos con sus roles. Esto conduce a una mayor retención de talento y a un ambiente laboral más positivo en general.

En términos de liderazgo, la promoción de la asertividad tiene un impacto significativo en la relación líder-seguidor y en la eficacia del liderazgo. Los líderes asertivos son capaces de fomentar un ambiente de trabajo donde los empleados se sienten valorados y escuchados, lo que a su vez mejora la moral y la motivación del equipo.

En resumen, la asertividad en el ámbito laboral no solo es deseable, sino también esencial para el éxito y la prosperidad de las organizaciones. Los resultados obtenidos en este estudio respaldan la importancia de fomentar la asertividad en el lugar de trabajo como una estrategia efectiva para mejorar la comunicación, la resolución de conflictos, la satisfacción laboral y la eficacia del liderazgo. Las organizaciones que reconocen y promueven esta habilidad están mejor posicionadas para alcanzar sus objetivos y cultivar un ambiente laboral saludable y productivo.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. Cómo trabajar la asertividad. Top Doctors. (2019, December 19).

Capítulo 665

LOS CELADORES EN EL SERVICIO DE INFORMACIÓN

MARA GARCIA GARRIDO

CRISTINA DE LA VEGA VICENTE

HUGO MIGUEL FRANCISCO FERREIRO

MAR BELDA MARCO

LOURDES VICENTE VALENCIA

1 Introducción

El artículo 14.2 del Decreto Ministerial de 5 de julio de 1971 sobre el estatuto personal de no salud en los servicios de los establecimientos sanitarios de la Seguridad Social enumera diversas tareas que deben realizarse en los distintos servicios en los que trabajan los celadores . En esta publicación simplemente queremos demostrar que somos capaces de realizar una descripción lo más concisa y detallada posible de todas o casi todas las tareas que los celadores que dan la información, tienen que realizar a diario en los centros hospitalarios y diversos entornos de atención primaria. Centro de salud. La información debe ser veraz, comprensible y adecuada a las circunstancias personales y sociales del destinatario. La publicación también señala que se podrán ubicar áreas de información en la entrada principal de los centros hospitalarios y centros de atención primaria. Se trata de puestos creados para ayudar a los pacientes más vulnerables, ya que su capacidad puede verse limitada tanto por su edad como por la condición médica

o enfermedad que padecen. La información debe ser concisa y específica para garantizar una comunicación adecuada entre pacientes. Además siempre intentamos explicar todo de la mejor manera posible para que nuestros pacientes nunca se queden a medias.

2 Objetivos

Saber las actuaciones que el celador de información de un centro hospitalario o de los diferentes centros de atención primaria puede realizar.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo hemos contado de varias fuentes hemos buscado en varias páginas de internet como son: Medline, Boe, Scielo. Aparte de buscar información en libros relacionados con el tema a tratar de los celadores en el servicio de información.

4 Resultados

Cuando pacientes, acompañantes o simplemente empleados ingresan a diversas instalaciones hospitalarias por la entrada principal, las primeras personas con las que se encuentran son celadores de la información y asistentes administrativos, generalmente ubicados en el mostrador de información. Los responsables como los celadores de la información son el primer personal con el que se encuentran las personas, ya sean pacientes o acompañantes, por lo que tienen que llevar a cabo tareas muy delicadas. El trabajo exitoso en este puesto complejo requiere una variedad de actitudes y habilidades, que incluyen calidez, calma, accesibilidad y comprensión. Estos requisitos son necesarios cuando se dirige al puesto de información, ya que las personas que ingresan al centro hospitalario pueden tener algunas preguntas, encontrarse en una situación difícil o enojarse o angustiarse solo con los celadores. Podrás responder con calma y calidez a las personas que caen bajo tu responsabilidad. Nos centraremos en las principales tareas que deben realizar los cuidadores. El celador indica las distintas consultas externas, indica los lugares y pisos donde se realizan las consultas, y también indica los caminos y lugares por los que se puede llegar al paciente y acompañante. Se investigará la entrada de personas ajenas al hospital y, como el centro hospitalario es una zona sensible, se prohibirá la entrada a quienes muestren signos de

ebriedad o suciedad, o a quienes se sospeche que puedan causar disturbios. Este tipo de alimentos y bebidas no están permitidos en el interior del hospital, por lo que podrá verse obligado a impedir el acceso exterior a los alimentos y bebidas y dejarlos en el mostrador bajo vigilancia y custodia. El registro del alta de un paciente requiere certificación de que el paciente está autorizado a ser dado de alta del centro hospitalario. En caso de ingreso, trasladan al enfermo dentro de la planta del hospital y también al quirófano y al hospital de día. La pulsera siempre debe identificar correctamente al paciente, y el paciente debe llevarla en la muñeca. Tienen la tarea de recopilar la correspondencia diaria y clasificarla según sea correo interno a varios departamentos o simplemente correo externo, y esto significa si es del hogar de un individuo o del estado. Se da a entender que está dirigido al centro de salud. Asigna el correo interno a varios departamentos de su propia designación, y el resto del correo lo distribuyen los guardias de los puestos de control. Proporcionamos sillas de ruedas a personas que necesitan una silla de ruedas para llegar o salir de donde está estacionada una ambulancia. Garantizan el orden y la máxima tranquilidad en el trabajo. Informar a los familiares del enfermo los horarios y días en que el médico está disponible el formulario.

5 Discusión-Conclusión

El celador de información apostado en el mostrador de información es la primera persona en admitir a un paciente o acompañante. Por eso, necesitas un tacto muy especial para ayudarlos y responder a sus preguntas. Un celador asignado a este puesto debe ser una persona extrovertida, cautelosa y tener mucha paciencia. Recordando las leyes de protección de datos, tenemos el deber de nunca faltar el respeto a las personas y a los pacientes y proporcionarles la información correcta. El personal de información debe tener ciertos valores que son muy importantes para este puesto. Debe saber posicionar a los pacientes y, además, tratar a todos por igual, sin excepción. Deberán mantener la confidencialidad de la información que poseen y tener prioridad y objetividad en diversos temas. También deben comprender y valorar adecuadamente las diversas exigencias que los pacientes y sus acompañantes pueda imponerles.

6 Bibliografía

Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. (s/f). Boe.es. Recuperado el 18 de junio de 2023, de <https://www.boe.es/>

Euroinnova Business School. (2022, diciembre 19). Euroinnova realiza una donación de material informático a la Universidad de Granada. Euroinnova Business School. <https://www.euroinnova.edu.es/>

Tosco, D. (2021, enero 14). Essae Formación - ESSAE Formación. ESSAE Formación. <https://essaeformacion.com/>

Capítulo 666

LOS CELADORES Y EL USO DE GRÚAS PARA PACIENTES SIN MOVILIDAD.

MARA GARCIA GARRIDO

CRISTINA DE LA VEGA VICENTE

HUGO MIGUEL FRANCISCO FERREIRO

MAR BELDA MARCO

LOURDES VICENTE VALENCIA

1 Introducción

La grúa auxiliar es un tipo de ayuda técnica que permite la movilidad de pacientes necesitados de atención que no pueden o tienen movilidad limitada. Una grúa es una ayuda utilizada por el personal de enfermería para desplazar a los pacientes que requieren cuidados. Con este elemento auxiliar se pueden realizar los traslados de pacientes de forma más segura, evitando así el riesgo de lesiones tanto para el paciente como para su cuidador. Al utilizar una grúa, no necesitas la ayuda de otras personas. Es tan fácil de usar que solo se requiere un celador para la movilización. Las grúas le permiten completar todas las tareas relacionadas con la atención adecuada al paciente. Desde la integración, hasta pasar de la cama a la silla, pasando por la limpieza, hasta llevarte al baño, hasta trabajar sin quitarte el cinturón. También se puede utilizar para diversos fines terapéuticos, incluida la rehabilitación de piscinas y la rehabilitación de interiores. Esta grúa se puede utilizar no solamente para centros sanitarios sino también para uso doméstico. De

esta forma, los familiares de personas con movilidad reducida pueden realizar tareas como traslado, traslado, limpieza y rehabilitación de forma más cómoda y con menor esfuerzo para evitar lesiones.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer qué son las grúas auxiliares y cómo funcionan.

3 Metodología

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

4 Resultados

Un elevador auxiliar es un tipo de ayuda técnica que permite la movilidad de pacientes necesitados de atención que no pueden o tienen movilidad limitada. Esto se puede hacer de una manera que sea segura y cómoda tanto para el paciente como para el celador, reduciendo el esfuerzo del trabajador y evitando lesiones en la espalda. Básicamente, una grúa necesita realizar dos movimientos. Traslado de una posición acostada a una silla o silla de ruedas y viceversa. Siga los pasos a continuación para colocar el cinturón.

Desde una posición acostada:

1. Coloque al paciente en decúbito supino (boca arriba) y lateral (de lado).
2. Coloque los platos extendidos sobre la cama.
3. Voltee al paciente sobre el cabestrillo y acuéstelo sobre el lado opuesto.
4. Coloque al paciente en decúbito supino.
5. Coloque las correas inferiores en forma de cruz.

Desde una posición sentada:

1. Colocar el arnés desde arriba hacia abajo por la parte de atrás del paciente. Reclinado levemente al paciente para facilitar la maniobra.
2. Pasar las bandas inferiores de forma entrecruzada.

Para la maniobra de elevar al paciente se seguirán los siguientes pasos:

1. Una grúa se acerca y baja su brazo.
2. Enganche la tira superior de la correa en el lugar adecuado (la más corta).
3. Enganche la correa inferior en el gancho del lado opuesto de la correa.
4. Levante y transporte con cuidado al paciente al lugar adecuado.

Para mover la grúa con un paciente suspendido, se deben abrir las patas de la grúa para aumentar la estabilidad. A la hora de colocarlo en la posición deseada, sigue estos pasos:

1. Coloque al paciente sobre la superficie deseada.
2. El brazo de la grúa bajará.
3. Sujetar la correa con una mano y colocar al paciente en la posición deseada, bajando el brazo con la otra mano. Cuatro. Para quitar la correa, siga el procedimiento de instalación en orden inverso.

5 Discusión-Conclusión

Movilizar y transportar a pacientes encamados con movilidad limitada utilizando ayudas mecánicas, como grúas, puede ayudar en las intervenciones de los pacientes. Esto permite a los cuidadores moverse más fácilmente cuando brindan cuidados básicos como la higiene. El uso de esta ayuda puede prevenir lesiones en ambos lados. No se causa ningún daño al paciente durante el manejo y las enfermeras evitan movimientos excesivos durante la movilización que pueden provocar lesiones en la espalda baja. Mientras tanto, solo se necesita un cuidador para transportar al paciente, lo que libera al resto del personal para atender a otros pacientes o realizar otras tareas.

6 Bibliografía

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

Capítulo 667

LAS FUNCIONES DE LOS CELADORES EN EL SERVICIO DE REANIMACIÓN

MARA GARCIA GARRIDO

CRISTINA DE LA VEGA VICENTE

HUGO MIGUEL FRANCISCO FERREIRO

MAR BELDA MARCO

LOURDES VICENTE VALENCIA

1 Introducción

Una REA, también conocida como la unidad de reanimación, es una sala hospitalaria cuya misión principal es brindar atención integral a pacientes críticos, con seguimiento las 24 horas por parte de profesionales y equipos médicos. Las enfermeras de cuidados intensivos son parte del equipo médico y hacen un excelente trabajo apoyando al personal de la sala. Las enfermeras de la unidad de cuidados intensivos deben estar muy bien preparadas porque la mayoría de los pacientes tienen una movilidad muy limitada o nula. Además, estos pacientes requieren mucha atención para garantizar que su estado de salud actual no se deteriore, ya que una de las funciones más importantes es corregir su postura. Por este motivo, los celadores adscritos a este servicio y los celadores de quirófano son conscientes de su obligación de prestar mucha atención al estado de sus uniformes y utilizar batas esterilizadas cuando estén en contacto con pacientes peligrosos. Él y todo el personal médico de la unidad resultaron infectados. Debido a la naturaleza de

la unidad de reanimación, se debe mantener el mayor silencio posible. Es muy importante para la correcta realización de funciones del celador conocer el puesto y tener experiencia en el mismo, por la complejidad del área.

2 Objetivos

Saber las obligaciones del celador y las normas utilizadas de protección utilizadas en esta unidad de reanimación por su complejidad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 responsabilidades principales de un celador en esta unidad como es la REA incluyen, entre otras: Transportar al paciente desde el punto de partida adecuado hasta la REA, llevando consigo la documentación y el historial médico del paciente. Con la ayuda del personal médico adecuado, el paciente es movilizado y trasladado a una cama en un box adecuado. Hay que entender que los pacientes ingresados en esta unidad deben tener más precaución de lo habitual. Por lo tanto, los pacientes deben movilizarse teniendo la máxima consideración por la seguridad y la atención al paciente. Las pautas a seguir por el personal de seguridad durante la actual pandemia se mantienen prácticamente sin cambios a nivel profesional de esta fuerza, ya que los parámetros y procedimientos de desinfección, movilidad y construcción cuando se trata de pacientes con SAV siguen siendo prácticamente los mismos. Los cuidadores siempre consideran la ruta de transporte del paciente a la unidad de cuidados intensivos y toman las medidas de protección y desinfección necesarias para evitar una posible infección. Se establecerán protocolos respecto al circuito de traslado, la organización del personal médico y no médico (guardias, celadores, etc.), y las medidas de protección utilizadas (equipos de protección individual, limpieza, etc.). Los consejos

de planificación de acciones deben interpretarse individualmente para cada paciente y debe prevalecer el juicio clínico. Estas recomendaciones están sujetas a cambios en función del conocimiento de la enfermedad y de la situación epidemiológica en España. Estas recomendaciones de manejo clínico no incluyen controles de exposición. Los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos son vulnerables y requieren precauciones estrictas por parte del personal de seguridad que trabaja allí. El brote de un nuevo virus descubierto por primera vez en Wuhan, China, en diciembre de 2019, ha provocado una nueva enfermedad llamada Covid19. La situación provocada por la infección del nuevo coronavirus ha provocado que un gran número de personas infectadas sean ingresadas en unidades de cuidados intensivos. Las infecciones por coronavirus provocan síntomas clínicos de diversa gravedad y, en casos graves, insuficiencia respiratoria y, lamentablemente, la muerte del paciente. A continuación se resumen las funciones de la Guardia UCI para los pacientes ingresados con Covid-19 y las medidas de protección que aplica. 1. Funciones y recomendaciones del celador durante la pandemia de Covid-19. Su misión es ayudar en el reclutamiento de pacientes. Debido a que los celadores de las unidades y los equipos corren un alto riesgo de exposición, se recomienda que: - Mascarilla quirúrgica para personas enfermas. - Traje de aislamiento personal (EPI), doble mascarilla, bata, guantes, protección ocular contra gotitas, higiene de manos, precauciones estándar de aislamiento, gotitas y exposición. - Tareas: Cambiar posiciones, ayudar con la limpieza, mover muestras y materiales requeridos a la unidad. - Lávale las manos cada vez que salgas de la caja. - No reutilizar batas, calzas o gorros y transferirlos a otra caja.

5 Discusión-Conclusión

Teniendo en cuenta la pandemia actual, el papel de los celadores en la unidad de reanimación, es un gran activo para los equipos médicos de las salas que atienden a pacientes en dichos entornos. Las medidas de seguridad para estos pacientes son muy estrictas y se intensifican las precauciones al transportarlos. La respuesta a situaciones de crisis relacionadas con la pandemia de COVID-19 tiene un impacto significativo en las medidas de seguridad y la secuencia del trabajo realizado por los profesionales médicos. Esta condición puede ser emocionalmente angustiada para los trabajadores de la salud y puede tener un costo físico y psicológico significativo para pacientes y profesionales.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/celador-paciente-critico-unidad-cuidadosintensivos-covid-19/>
2. <https://sinfsa.com/wp-content/uploads/2020/04/Curso-el-celador-en-la-REA.pdf>
3. http://www.auxiliar-enfermeria.com/test/test_0511c.htm
4. <https://revistamedica.com/celador-coronavirus/>

Capítulo 668

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ASEO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE TRAUMATOLOGÍA

MARÍA SUSANA NAVARRO SANCHEZ

SANDRA GÓMEZ FERNÁNDEZ

FÉLIX GUTIÉRREZ GÓMEZ

ROBERTO BERNAL MORENO

DANIEL CORDERO SÁNCHEZ CHIQUITO

1 Introducción

Un paciente hospitalizado en la unidad de traumatología se encuentra en un entorno médico especializado diseñado para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de lesiones traumáticas. Estas lesiones suelen ser resultado de accidentes, caídas, fracturas óseas y otros tipos de traumatismos. La estancia en esta unidad se centra en varias áreas clave:

Evaluación y diagnóstico: Cuando un paciente llega a la unidad de traumatología, se realiza una evaluación exhaustiva para determinar la naturaleza y gravedad de la lesión. Esto puede incluir radiografías, tomografías computarizadas u otros estudios de diagnóstico por imágenes.

Tratamiento especializado: Una vez que se ha realizado el diagnóstico, se inicia el tratamiento específico para la lesión. Esto puede incluir cirugía ortopédica, inmovilización con dispositivos como férulas o yesos, y terapia física o rehabilitación.

Control del dolor: La gestión del dolor es fundamental en la unidad de traumatología. Los pacientes pueden recibir analgésicos y otros medicamentos para aliviar el dolor y facilitar la recuperación.

Rehabilitación: Después de la fase inicial de tratamiento, se enfoca en la rehabilitación para restaurar la función y la movilidad. Los fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales trabajan con los pacientes en ejercicios y técnicas específicas.

Educación al paciente: Los pacientes reciben información sobre su lesión, el tratamiento y las medidas de autocuidado para acelerar la recuperación. Esto incluye consejos sobre la movilidad segura y la prevención de futuras lesiones.

Apoyo emocional: La recuperación de una lesión traumática puede ser emocionalmente desafiante. El personal médico y de enfermería brinda apoyo emocional para ayudar a los pacientes a enfrentar el estrés y la ansiedad relacionados con su condición.

Coordinación del alta: Cuando el paciente está listo para ser dado de alta, se planifica su transición a casa o a un centro de rehabilitación. Se proporcionan instrucciones detalladas sobre el cuidado posterior y las citas de seguimiento.

La unidad de traumatología es esencial para el cuidado integral de pacientes con lesiones traumáticas. Proporciona una atención especializada que abarca la evaluación, el tratamiento, la rehabilitación y el apoyo emocional, con el objetivo de ayudar a los pacientes a recuperarse y volver a su vida normal después de una lesión.

2 Objetivos

Mostrar las funciones del celador en el aseo del paciente hospitalizado.

3 Metodología

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

Se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa, en una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

Las funciones del celador en la unidad de traumatología son fundamentales para garantizar el funcionamiento eficiente y seguro de esta unidad especializada. A continuación, se describen algunas de las funciones clave que desempeñan los celadores en este entorno:

Movilización segura de pacientes: Los celadores son responsables de trasladar a los pacientes de manera segura desde sus habitaciones o camillas a las áreas de diagnóstico, tratamiento o rehabilitación. Esto implica el uso adecuado de técnicas de movilización, camillas, sillas de ruedas y otros dispositivos de transporte, asegurando la comodidad y la seguridad del paciente durante el traslado.

Apoyo en procedimientos: En ocasiones, los celadores pueden ser llamados para asistir durante procedimientos médicos o quirúrgicos en la unidad de traumatología. Esto puede incluir la preparación de equipos y suministros, y la colaboración con el personal facultativo y de enfermería.

Mantenimiento del orden y limpieza: Los celadores juegan un papel esencial en mantener las áreas de la unidad de traumatología limpias y ordenadas. Esto incluye la desinfección de superficies, la reposición de suministros y la eliminación segura de desechos médicos.

Asistencia a las necesidades del personal médico y de enfermería: Los celadores están disponibles para ayudar al personal de salud en diversas tareas logísticas, como la entrega de registros médicos, la recolección de muestras de laboratorio y la coordinación del flujo de pacientes.

Apoyo al paciente y su familia: Los celadores interactúan con los pacientes y sus familias de manera regular. Pueden brindar orientación sobre la ubicación de las áreas de tratamiento, horarios de visitas y responder preguntas generales para garantizar una estancia cómoda y bien informada.

Colaboración en situaciones de emergencia: En situaciones de emergencia, como

códigos de emergencia o evacuaciones, los celadores son fundamentales para asistir en la movilización segura y ordenada de pacientes y personal.

Cumplimiento de protocolos de seguridad: Los celadores deben seguir estrictamente los protocolos de seguridad y control de infecciones para garantizar la seguridad tanto de los pacientes como del personal.

Los celadores en la unidad de traumatología desempeñan un papel crucial en la atención y el bienestar de los pacientes al proporcionar asistencia logística, movilización segura y mantener un entorno limpio y organizado. Su colaboración con el personal de salud contribuye significativamente al funcionamiento eficiente de la unidad y a la atención integral de los pacientes traumatológicos.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación fundamental para brindar un buen tratamiento a los pacientes ingresados en traumatología es la empatía y la atención personalizada. Los celadores pueden marcar la diferencia al mostrar comprensión hacia las preocupaciones y necesidades de cada paciente. Escuchar activamente a los pacientes y responder a sus inquietudes puede generar confianza y aliviar la ansiedad, lo que es esencial en el proceso de recuperación.

Además, la comunicación efectiva con el personal de salud es esencial. Los celadores deben estar en sintonía con el equipo médico y de enfermería para garantizar una coordinación eficiente en la atención al paciente. Esto implica transmitir de manera clara y oportuna cualquier información relevante sobre el estado del paciente o necesidades específicas.

La empatía, la atención personalizada y una comunicación efectiva son las claves para brindar un buen tratamiento a los pacientes en traumatología. Estas recomendaciones contribuyen a un ambiente de atención centrada en el paciente y promueven una recuperación más efectiva.

6 Bibliografía

Romero, M. D. A. G., Aznar, E. M., Giménez, C. P., Ibarben, M. T. B., Álvarez, Y. F., & Villacampa, E. M. (2023). Funciones del celador en una planta de hospitalización. *Revista Sanitaria de Investigación*, 4(3), 218.

Capítulo 669

FUNCIONES DEL CELADOR ANTE LOS OBJETOS PERDIDOS U OLVIDADOS DE LOS PACIENTES

MARÍA SUSANA NAVARRO SANCHEZ

SANDRA GÓMEZ FERNÁNDEZ

FÉLIX GUTIÉRREZ GÓMEZ

ROBERTO BERNAL MORENO

DANIEL CORDERO SÁNCHEZ CHIQUITO

1 Introducción

Los objetos perdidos u olvidados por los pacientes en un entorno hospitalario son una situación común y pueden incluir una amplia variedad de pertenencias personales. Algunos de los objetos más frecuentemente olvidados o extraviados incluyen:

Ropa y artículos personales: Los pacientes a menudo dejan atrás prendas de vestir, zapatos, lentes, audífonos, anteojos o dispositivos de movilidad como muletas o sillas de ruedas.

Documentación importante: Documentos como tarjetas de identificación, tarjetas de seguro médico, recetas médicas o informes médicos pueden extraviarse en la agitación de la atención hospitalaria.

Dispositivos electrónicos: Teléfonos móviles, tabletas y laptops son objetos que los pacientes pueden olvidar en sus habitaciones o en áreas comunes.

Joyería y objetos de valor: A veces, los pacientes dejan anillos, relojes u otros objetos de valor que tienen un significado personal importante.

Medicamentos personales: Los pacientes pueden olvidar llevar sus propios medicamentos al hospital, lo que puede ser relevante para su tratamiento.

Artículos de aseo: Elementos como cepillos de dientes, peines, champú y jabón también pueden ser olvidados.

Juguetes o objetos personales de los niños: Cuando los niños son pacientes, pueden dejar atrás sus juguetes o objetos de consuelo.

La gestión de objetos perdidos u olvidados es una responsabilidad del personal del hospital. Los objetos se registran, se almacenan de manera segura y se hacen esfuerzos para devolverlos a sus propietarios siempre que sea posible. Sin embargo, es importante que los pacientes sean conscientes de la importancia de llevar solo lo esencial durante su estancia en el hospital y de mantener un registro de sus pertenencias personales para evitar pérdidas innecesarias.

2 Objetivos

Mostrar las funciones del celador en ante situaciones de olvido o pérdida de objetivos por parte del paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa, en una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

Las funciones del celador en relación con los objetos perdidos u olvidados por los pacientes son de gran importancia para garantizar la seguridad, la recuperación y la satisfacción del paciente. Aquí se describen en detalle las responsabilidades del celador en esta área:

Recepción y registro: Cuando un objeto perdido u olvidado es encontrado por el personal o el paciente, el celador debe recibirlo, registrar los detalles relevantes y documentar las circunstancias en las que se encontró el artículo. Esto incluye la hora, la fecha, la ubicación y una descripción detallada del objeto.

Almacenamiento seguro: Los celadores son responsables de mantener los objetos perdidos en un lugar seguro y designado dentro del hospital. Deben asegurarse de que los objetos estén protegidos contra robos, daños o pérdidas adicionales.

Colaboración con seguridad y administración: Cuando se trata de objetos de valor o pertenencias especialmente importantes, los celadores deben colaborar con el personal de seguridad y administración para garantizar una custodia adecuada. Esto puede implicar el uso de cajas fuertes o sistemas de seguridad adicionales.

Registro actualizado: Mantener un registro preciso y actualizado de los objetos perdidos es esencial. Los celadores deben llevar un inventario detallado que incluya información sobre cada artículo, como su descripción, el nombre del propietario (si se conoce), y cualquier acción tomada en relación con el objeto (devolución, almacenamiento seguro, etc.).

Comunicación con pacientes: Los celadores pueden ser el punto de contacto para pacientes que buscan recuperar sus objetos perdidos. Deben ser amables y comprensivos, brindando información sobre el proceso de recuperación y ayudando a coordinar la devolución de los objetos a sus propietarios.

Registro de entregas y devoluciones: Cuando un paciente o un familiar reclama un objeto perdido, los celadores deben documentar la entrega y obtener la firma del receptor como confirmación. Esto asegura un seguimiento adecuado y evita malentendidos.

Educación sobre prevención: Los celadores también pueden desempeñar un papel en la educación de pacientes y visitantes sobre la importancia de mantener un registro de sus pertenencias y evitar llevar objetos innecesarios al hospital.

Las funciones del celador en la gestión de objetos perdidos u olvidados son vitales para garantizar la seguridad y la satisfacción del paciente. Esto implica un registro cuidadoso, un almacenamiento seguro, una comunicación comprensiva y la facilitación de la devolución de objetos perdidos a sus propietarios legítimos.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación esencial para garantizar una buena custodia de los objetos perdidos u olvidados por los pacientes es mantener un sistema de registro meticuloso y seguro. Los celadores deben registrar cada objeto encontrado de manera detallada, incluyendo la descripción del artículo, la fecha, la ubicación y las circunstancias en que se encontró. Este registro cuidadoso es la base para un seguimiento efectivo y una devolución sin problemas.

Además, es fundamental colaborar estrechamente con el personal de seguridad y administración del hospital para garantizar una custodia segura de los objetos de valor. Esto puede implicar el uso de cajas fuertes o sistemas de seguridad adicionales para proteger los objetos especialmente valiosos. La comunicación efectiva con los pacientes es igualmente importante, brindándoles información clara sobre cómo recuperar sus pertenencias y asegurando que se sientan respaldados en todo momento. En resumen, la combinación de un registro meticuloso, colaboración con el personal de seguridad y una comunicación comprensiva con los pacientes es esencial para una buena custodia de los objetos perdidos u olvidados en un entorno hospitalario.

6 Bibliografía

Romero, M. D. A. G., Aznar, E. M., Giménez, C. P., Ibarben, M. T. B., Álvarez, Y. F., & Villacampa, E. M. (2023). Funciones del celador en una planta de hospitalización. *Revista Sanitaria de Investigación*, 4(3), 218.

Capítulo 670

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN A DOMICILIO

MARÍA SUSANA NAVARRO SANCHEZ

SANDRA GÓMEZ FERNÁNDEZ

FÉLIX GUTIÉRREZ GÓMEZ

ROBERTO BERNAL MORENO

DANIEL CORDERO SÁNCHEZ CHIQUITO

1 Introducción

La rehabilitación a domicilio es un enfoque de atención médica que permite a los pacientes recuperarse de lesiones, cirugías o enfermedades en la comodidad de su propio hogar. Este tipo de rehabilitación se realiza bajo la supervisión de profesionales de la salud, como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y enfermeros, y puede abordar una variedad de necesidades médicas.

Durante la rehabilitación a domicilio, los pacientes reciben tratamientos personalizados diseñados para mejorar su funcionalidad y calidad de vida. Esto puede incluir ejercicios terapéuticos para restaurar la movilidad y la fuerza, terapia ocupacional para aprender o mejorar habilidades de la vida diaria, y educación sobre el manejo de medicamentos y el autocuidado.

La rehabilitación a domicilio presenta varias ventajas, como la comodidad de estar en casa, la reducción del riesgo de infecciones nosocomiales y la adaptación de la terapia a las necesidades individuales del paciente. Además, puede fomentar una mayor participación y motivación por parte del paciente al involucrarlos activamente en su proceso de recuperación.

Se trata de una modalidad de atención médica que ofrece tratamientos personalizados y profesionales de rehabilitación en el entorno del paciente. Este enfoque busca mejorar la recuperación y la calidad de vida de los pacientes mientras les brinda la comodidad y la atención individualizada que necesitan para superar desafíos de salud específicos.

2 Objetivos

Exponer las funciones que lleva a cabo el celador en el servicio de rehabilitación a domicilio.

3 Metodología

En esta investigación se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos, contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa, como PubMed, Medline y Scielo. En una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

Las funciones del celador en la rehabilitación a domicilio son esenciales para garantizar que los pacientes reciban una atención integral y segura en la comodidad de sus hogares. Aunque el rol principal del celador puede variar según la jurisdicción y el sistema de atención médica, aquí se describen algunas de las funciones comunes que desempeñan en la rehabilitación a domicilio:

- Transporte seguro: Los celadores pueden estar involucrados en el transporte de pacientes desde el hospital o el centro de rehabilitación hasta sus hogares. Esto puede incluir la preparación de la ambulancia y la asistencia durante el traslado, asegurando que el paciente llegue de manera segura.

- Apoyo en terapia física y ocupacional: Durante las sesiones de rehabilitación a domicilio, los celadores pueden ayudar a los terapeutas físicos y ocupacionales en la realización de ejercicios y técnicas terapéuticas. Esto puede incluir la preparación de equipos y la asistencia en la movilización de pacientes.
- Observación y comunicación: Los celadores son responsables de observar y comunicar cualquier cambio en el estado de salud o la condición del paciente a los profesionales de salud que brindan la rehabilitación. Esto es fundamental para la detección temprana de problemas o necesidades adicionales.
- Apoyo logístico: Pueden colaborar en la logística de la atención médica a domicilio, como la entrega de equipos médicos, la coordinación de horarios de terapia y la administración de documentos y registros relacionados con la rehabilitación.
- Comunicación con la familia: Los celadores pueden actuar como enlaces de comunicación entre el equipo de rehabilitación y la familia del paciente, proporcionando información sobre el progreso y el plan de tratamiento.
- Mantenimiento de la privacidad y la dignidad: Los celadores deben garantizar que la atención se brinde de manera respetuosa y que se mantenga la privacidad y la dignidad del paciente en todo momento.

Las funciones del celador en la rehabilitación a domicilio abarcan una variedad de tareas esenciales para garantizar una atención integral y segura. Su apoyo en el transporte, la terapia, la comunicación y la logística contribuye significativamente al éxito de la rehabilitación a domicilio y al bienestar de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación fundamental para un buen tratamiento del paciente que recibe rehabilitación en el domicilio es brindar un apoyo compasivo y alentar la participación activa del paciente en su proceso de recuperación. Los celadores pueden desempeñar un papel clave al crear un ambiente de confianza y empatía. Al interactuar con amabilidad y comprensión, pueden ayudar a reducir la ansiedad del paciente y fomentar una actitud positiva hacia la rehabilitación. Además, es importante alentar al paciente a ser proactivo en su recuperación. Los celadores pueden motivar al paciente a seguir las recomendaciones y ejercicios terapéuticos, recordándoles la importancia de la consistencia y el esfuerzo. La comunicación abierta y alentadora puede inspirar al paciente a tomar un papel activo en su propia mejora y, en última instancia, acelerar su recuperación.

En definitiva, la empatía y el estímulo de la participación activa del paciente son elementos esenciales para un buen tratamiento durante la rehabilitación a domicilio. Los celadores pueden contribuir significativamente al bienestar del paciente al brindar apoyo compasivo y alentar su compromiso en el proceso de recuperación.

6 Bibliografía

1. Romero, M. D. A. G., Aznar, E. M., Giménez, C. P., Ibarben, M. T. B., Álvarez, Y. F., & Villacampa, E. M. (2023). Funciones del celador en una planta de hospitalización. *Revista Sanitaria de Investigación*, 4(3), 218.

Capítulo 671

EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA TARJETA SANITARIA

REBECA GONZÁLEZ MARTÍN

JAIME MERINO HERVAS

MERCEDES LATORRE DELGADO

ANA BELÉN CANO LÓPEZ DE LA RICA

MIRIAN GARCIA GARCIA

1 Introducción

Una de las tareas más importantes de los auxiliares administrativos es la de gestionar la tarjeta sanitaria, un documento de gran importancia que puede variar en función del sistema sanitario y de la legislación que esté vigente en cada comunidad autónoma, en el caso de España.

El equipo de la administración sanitaria, en aplicación de la ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), permitirá el derecho de las personas a la asistencia sanitaria en todo el territorio nacional, reconociendo así su derecho a la asistencia sanitaria.

Estos documentos abordan cuestiones que tienen que ser tomadas en cuenta por los auxiliares administrativos como son la confidencialidad de los datos de los pacientes, la seguridad en la emisión y entrega de tarjetas sanitarias, y las medidas adoptadas para asegurar la eficiencia y precisión en este proceso.

Una vez otorgada por cualquiera de las administraciones de sanidad, la tarjeta tiene validez en todo el Sistema Nacional de Salud, y permite el acceso a los centros y servicios sanitarios del sistema en las condiciones determinadas por la legislación vigente.

En el caso de los extranjeros que residan irregularmente en España dependiendo de la Comunidad Autónoma, se creara la tarjeta con las mismas condiciones que el resto de los ciudadanos de España siempre que cumplan una serie de requisitos.

2 Objetivos

- Conocer la gestión que realiza el auxiliar administrativo en la emisión, actualización y entrega de tarjetas sanitarias a las personas que lo soliciten.
- Reconocer las medidas tomadas para garantizar la confidencialidad de los datos de los pacientes y la seguridad en la emisión y entrega de las tarjetas sanitarias.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de datos en internet sobre la tarjeta sanitaria utilizando los motores de búsqueda como Google Academy, Scielo, Medline, PubMed y Dialnet.

Los conceptos claves concretamente fueron: Tarjeta sanitaria individual, Auxiliar Administrativo, Asistencia Sanitaria, Cobertura sanitaria.

4 Resultados

Las funciones de los auxiliares administrativos para que los usuarios puedan acceder a la tramitación de la tarjeta sanitaria son las siguientes:

- Emitir y actualizar las tarjetas asegurándose de que se emitan tarjetas sanitarias para todos los ciudadanos que tengan derecho y de que se mantengan actualizadas con la información correcta.
- Registrar las personas beneficiarias que tienen acceso a la atención médica a través de la tarjeta sanitaria. Esto puede incluir la inscripción de ciudadanos, residentes extranjeros y otros beneficiarios según la legislación aplicable.
- Garantizar la confidencialidad de los datos de los pacientes y el cumplimiento de las regulaciones de protección de datos al manejar información personal y médica.

- Entregar las tarjetas coordinando cuando proceda la entrega por primera vez o renovación de tarjetas sanitarias a los beneficiarios de manera eficiente.
- Atender al público orientación a los ciudadanos sobre el proceso de obtención de la tarjeta sanitaria, requisitos y procedimientos.
- Comunicar a los profesionales sanitarios la disponibilidad de los pacientes de la tarjeta sanitaria para garantizar que tengan estos accesos a los servicios de atención médica.
- Registrar en la base de datos las tarjetas sanitarias emitidas a los pacientes para utilizarlas correctamente y tenerlas disponibles para cuando haya que proceder a renovarlas.
- Cumplimentar las propuestas de emisión de tarjetas sanitarias rellenando todos los datos correctamente y mandarlas a las unidades de tramitación que serán las encargadas de aceptarlas o rechazarlas según los datos de que disponga en le INNS.
- Emitir un certificado de desplazamiento de corta o larga duración para que ellos usuarios que se desplacen por tiempo limitado a una dirección distinta de su residencia habitual.
- Consultar las propuestas realizadas para la mejora continua de los procedimientos administrativos relacionados con la tarjeta sanitaria y corregir errores cuando sea necesario.
- Es necesario solicitar la tarjeta sanitaria individual a través de los auxiliares administrativos de los centros de salud, hospitales etc. para acceder a los centros de asistencia sanitaria de todo el Sistema Nacional de Salud.

5 Discusión-Conclusión

Observamos como la labor de los auxiliares administrativos en la obtención de la tarjeta sanitaria es necesaria para que los usuarios accedan a la sanidad con todas las garantías. Esta labor no sería posible sin el conocimiento necesario de los procedimientos y sin disponer de la formación necesaria para manejarse con el programa de Tarjeta Sanitaria.

En mi opinión existe una barrera de acceso en el caso de los inmigrantes que no disponen de una situación regular en el territorio español en estos casos para acceder a la cobertura sanitaria deberán rellenar una solicitud acreditando una serie de documentación como el NIE, certificado de residencia o pasaporte y certificado de empadronamiento.

En conclusión, los auxiliares administrativos desempeñan un papel esencial en el ámbito sanitario en la administración de las tarjetas sanitarias garantizando

que los pacientes tengan acceso a la atención médica, contribuyendo a la coordinación de los datos y protegiendo la confidencialidad de los usuarios.

6 Bibliografía

1. ALLENDE CUADRADO, M. J. (2013). Operaciones administrativas y documentación sanitaria. Ediciones Paraninfo, SA.
2. Bruno, I. M. R. (2013). Solicitud de la tarjeta sanitaria de Andalucía. *Revistae-Salud. com*, 9(35), 7.

Capítulo 672

EL ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA Y EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA

REBECA GONZÁLEZ MARTÍN

JAIME MERINO HERVAS

MIRIAN GARCIA GARCIA

MERCEDES LATORRE DELGADO

ANA BELÉN CANO LÓPEZ DE LA RICA

1 Introducción

Los auxiliares administrativos son los que dan la información que necesitan los pacientes o cotejando siempre los datos personales, informando de las citas pendientes, en atención primaria o en atención especializada.

La historia clínica de cada persona es única, privada y reservada, por lo que los Auxiliares Administrativos no pueden pasar ningún tipo de información sobre los pacientes bajo ningún concepto.

La historia se crea cuando el paciente acude por primera vez a un Centro de Salud u Hospital, poniendo de forma cronológica todos los registros.

Una historia clínica es un documento escrito o también digital que contiene datos personales, datos relacionados con la salud del paciente y datos sobre todo los

cuidados que el paciente ha recibido, reciben o recibirá. El propósito de la historia clínica es garantizar la mayor calidad y seguridad posible en la atención al paciente, para tener toda la información relativa a cada paciente, para saber todo lo relacionado con cada una de las veces que ha acudido o acudirá a un centro de atención primaria o atención especializada se tenga toda la información. Entendemos que la protección de los datos contenidos en las historias clínicas se rige ampliamente por la legislación europea, nacional y territorial.

2 Objetivos

Describir los principales aspectos a tener en cuenta por el auxiliar administrativo en relación con la historia clínica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos, con las palabras clave “acceso a la historia clínica”.

4 Resultados

En la Constitución Española se plasma en el art. 10 que “...los derechos inalienables e inviolables, libre desarrollo de la personalidad...”.

La historia clínica es una herramienta esencial y básica que permite obtener información clínica del paciente, siendo el conjunto de datos y/o documentos que explican todas las enfermedades, síntomas, cada vez que han ido al médico...de los pacientes.

- Historia social: composición familiar, situación económica y social.
- Hoja de seguimiento: gestiones efectuadas para resolver problemas.
- Historias clínicas de solicitud: la realiza el personal médico con la identificación del paciente y por el motivo de la visita.

La complejidad de la atención prestada y de la evaluación y revisión es establecida como documento médico-legal, en los sucesos de procesos judiciales. El sostenimiento de este derecho involucra preponderantemente a la Historia Clínica, permaneciendo accesible solo y únicamente al personal que esté legalmente autorizado.

La legislación vigente indica que el centro de salud podrá tomar las medidas oportunas para garantizar los derechos de cada individuo. Los pacientes deben de ser informados de los datos que figuran en su historia clínica, al igual que deben ser informados para que sirven estos datos. En el caso de que esta historia clínica vaya a ser utilizada por el centro, este debe de tener un documento con la autorización del paciente para poder tratar sus datos.

El documento deberá de contener al menos:

- Centro de atención
- Nombre y apellidos
- DNI o pasaporte
- Consentimiento expreso para el trato de la documentación

En la historia clínica aparecen datos íntimos del paciente y por eso todos los datos contenidos en ella son susceptibles de una gran protección.

La seguridad de la historia clínica y que posteriormente sea factible su visión debe de ser conocido por las Administraciones sanitarias.

Los centros sanitarios tienen el compromiso de preservar los papeles como mínimo 5 años, sumados desde la fecha de entrada de cada proceso asistencial.

Los Auxiliares Administrativos de los centros sanitarios solo pueden entrar a los documentos de la Historia Clínica referidos con sus correspondientes funciones, siendo los responsables de ejecutar el ingreso de los pacientes en los centros sanitarios y de portar su informe clínico.

En todas los trabajos que efectúa en este sentido el Auxiliar Administrativo, está sometido al deber de custodiar con sigilo, no pudiendo comunicar a nadie de su contenido.

5 Discusión-Conclusión

Todos los auxiliares administrativos tienen acceso a la historia clínica de todos los pacientes, pero siempre deben de tratar esta información con el máximo cuidado y no transferir ningún dato a nadie que no pertenezca al sector, y a estos se les tiene que dar información únicamente cuando lo necesiten, y que no debe de ser informado sobre ningún dato sobre el paciente.

Ir contando la información sobre los pacientes es una falta muy grave que es sancionable, ya que los derechos del paciente o los pacientes no se está teniendo en cuenta, además de dar información muy sensible sobre su vida.

6 Bibliografía

1. Júdeza, J., Nicolás, P., Delgado, M. T., Hernando, P., Zarco, J., & Granollers, S. (2002). La confidencialidad en la práctica clínica: historia clínica y gestión de la información. *Medicina clínica*, 118(1), 18-37.
2. Hernández, J. M. (2006). Historia clínica. *Cuadernos de bioética*, 17(1), 57-68.
3. del Río, M. T. C. (1999). Aspectos médico-legales de la historia clínica. *Med Clin (Barc)*, 112, 24-28.
4. del Río, M. T. C. (1999). Aspectos médico-legales de la historia clínica. *Med Clin (Barc)*, 112, 24-28.
5. Agüero, M. A., Román, Y. N., Guerra, I. C., Rondón, M. M., & Agüero, J. M. C. (2010). La historia clínica: un documento básico para el personal médico. *Medisan*, 14(7), 1017-1023.

Capítulo 673

LA MULTICULTURALIDAD Y EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA

REBECA GONZÁLEZ MARTÍN

JAIME MERINO HERVAS

MIRIAN GARCIA GARCIA

MERCEDES LATORRE DELGADO

ANA BELÉN CANO LÓPEZ DE LA RICA

1 Introducción

Actualmente en España conviven muchas culturas, debido a la globalización y a la inmigración, por lo que esto afecta directamente a la utilización del Sistema Sanitario por parte de los extranjeros que residen en España o que se encuentran aquí y necesitan de la asistencia de algún Centro Sanitario, ya sea de Atención Primaria o en Atención Especializada.

La Asistencia Sanitaria en España para extranjeros esta regulada por la Ley Orgánica sobre “Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social”, donde se indican todos los derechos que poseen estos para poder acceder a la Sanidad.

Lo que se quiere conseguir es proporcionar una sanidad universal, pública y gratuita para cualquier persona que resida en España, independientemente de sus

situación, por lo que todos los inmigrantes tienen las mismas condiciones que el resto de los españoles en todo lo relacionado con la Sanidad y el acceso a ella, aunque no dispongan de permiso legal de residencia en España.

Todas las personas somos iguales para poder acceder a la Sanidad, ya que se considera un derecho para que todas las personas puedan recibir cualquier tipo de ayuda, prueba o fármaco para tener una buena calidad de vida en el territorio español.

2 Objetivos

Describir los principales aspectos a tener en cuenta por el auxiliar administrativo en relación con la atención al paciente extranjero.

3 Metodología

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

La multiculturalidad es que “en un mismo espacio geográfico, físico o social convergen y coexisten diferentes culturas de forma tolerantes y respetuosa y sin que ninguna predomine sobre la otra”.

Actualmente existen fenómenos que determinan la necesidad de desarrollar competencias interculturales en la atención primaria, que son:

- Movimientos migratorios
- Diferentes etnias
- Diversidad cultural
- Construcción social y cultura

Por esto resulta necesario enseñar las competencias interculturales a los diferentes departamentos dentro de un centro hospitalario.

La competencia intercultural debe realizarse con un punto de vista global e integrador.

Se entiende la atención primaria como un fruto del contexto sociocultural, político y económico y el reconocimiento de la producción cultural de los sistemas de salud y comunidades.

La ley de extranjería apunta que “Se consideran extranjeros, la consecuencia del empleo de la presente Ley, a los que no tengan la nacionalidad española y en el art. 12 indica “Derecho a la asistencia sanitaria”, teniendo derecho a ella:

- Los extranjeros que están en España y vivan asentados en el municipio en el que tenga su domicilio habitual.
- Los extranjeros que se localicen en España tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia por enfermedad grave o accidente, manteniendo hasta que se le dé el alta.”

La asistencia sanitaria en España para extranjeros es para cualquier persona, cualquiera que sea su situación, deberá ser atendido en un centro sanitario público. Esta sanidad solo se reconoce dentro del territorio español. Los inmigrantes que vivan en España de forma habitual deben acogerse a los requisitos de la comunidad autónoma donde residan para poder acceder a la cobertura sanitaria.

Los auxiliares administrativos deben tramitar toda la documentación y procesos necesarios para la atención sanitaria del paciente extranjero.

Para evitar que se abuse de este derecho se han formado una serie de medidas.

5 Discusión-Conclusión

Los auxiliares administrativos son las primeras personas que se suelen encontrar los pacientes cuando acceden de forma normal a un centro de salud u hospital, por lo que estos deben de ser respetuosos con todos los pacientes independientemente de la raza o sexo que tenga el paciente que accede a las instalaciones.

Todas las personas tienen el mismo derecho a ser atendidos por el sistema sanitario y recibir un trato adecuado, ya que cuando una persona accede a un centro de salud u hospital, lo hace porque se encuentra mal o porque necesita ayuda, por lo que cuantas menos trabas se encuentre cuando accede a ellos mejor, ya que suelen ser situaciones complejas.

Debido a la globalización tanto en España como en resto del mundo se convive con muchas culturas, por lo que se debe tratar a todas las personas por igual y con los mismos derechos.

6 Bibliografía

1. Aneas, A., Armadans, I., & Fernández, R. (2009). Interculturalidad en Salud en España. Acciones, lagunas y contradicciones relativas a la atención de la población extranjera. P. Casanovas et al. Simposi sobre Tribunals de Mediació. Barcelona. Nous camins per a la justícia. Comunicacions, 157-163.
2. Campos López, J. G. (2004). Mediación intercultural y traducción/interpretación en los servicios públicos: el caso de la atención sanitaria a población inmigrante de origen magrebí.

Capítulo 674

LIDERAZGO EN ENTORNOS SANITARIOS

EVANGELINA SUAREZ GARCIA

ANA BELÉN BERMÚDEZ GUTIÉRREZ

SANDRA PEREIRA GARCÍA

LORENA ARECES FERNÁNDEZ

1 Introducción

El liderazgo es un principio fundamental en la gestión de cualquier empresa, sea pública o privada. El líder es una figura muy importante para el funcionamiento de una empresa, tanto en positivo como en negativo. Esta figura del líder puede ser el que la empresa nombra, ejerce un papel jerárquico, o también la figura del líder espontáneo, que surge solo por su carácter, por su capacidad de organizar y de influir sobre el equipo de trabajo, en ocasiones sin darse cuenta, así el grupo de compañeros se sienten arropados y orientados por el buen hacer de estas personas, al igual que el sentido del humor también se ve cómo puede invadir el equipo, tanto en positivo como en negativo. Cada vez se está valorando más esta faceta y las empresas reservan presupuestos para formar personas, ya que los equipos de dirección no pasan esta figura por alto, una empresa sin un buen liderazgo está abocada al fracaso. Este es un tema que está muy en boga, por lo que son muchos autores que hicieron y están haciendo estudios acerca de las personalidades, características y componentes del liderazgo, para así hacer

hincapié con las diversas características que pueden tener un efecto negativo sobre las personas y las organizaciones. El desarrollo de las habilidades directivas es cada vez más importante. Todo ello lo desglosaremos más adelante.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Estudiar las diferentes personalidades y como moldearlas u orientarlas hacia una búsqueda del saber guiar a los trabajadores o compañeros hacia la consecución de objetivos de forma exitosa.

Objetivos secundarios:

- Analizar como de un tipo de liderazgo a otro puede modificar los resultados en cuanto a la consecución de objetivos, salud del equipo de trabajo
- Estudiar los diferentes tipos de liderazgo, así como los valores a desarrollar.

3 Metodología

Para la elaboración del trabajo que estoy realizando, consulté páginas web, utilizando como buscador principal Google académico, utilizando las palabras clave: “liderazgo”, “estilos de liderazgo”, “el líder”.

La experiencia de años de trabajo y vivencias con distintos perfiles de responsables.

4 Resultados

El liderazgo es una pieza clave en la gestión de calidad de las empresas. El papel del líder es fundamental, ya que establece el propósito de unidad y la dirección de la organización, pueden crear y mantener una consecución de actividades encaminadas a que los integrantes se sientan involucrados en la consecución de los objetivos, son los encargados de que los esfuerzos sean encauzados correctamente, es importante que sea ejemplo de referencia, y que tenga los conocimientos precisos tanto técnicos como de información de calidad, así como tener experiencia en trabajo a desarrollar para que todo ello junto pueda conducir al éxito.

El buen líder se le sigue, por ser un modelo y referente en cuanto al saber hacer del trabajo a desarrollar, lejos de lo que se pensaba hasta ahora que era imponer órdenes hacerse ver su posición superior jerárquica.

Para ello, quien ejerza el liderazgo debería poseer diferentes capacidades, tales como: tener bien desarrollada la imaginación, ser esforzado, diligente, ser capaz de tomar decisiones acertadas y sobre todo saber involucrar el resto del grupo.

Claves de los principios del liderazgo:

- Los integrantes de dicha organización entenderán y estarán encaminados y motivados hacia la consecución de metas y objetivos de dicha organización, poniendo especial interés e implicación en conseguir aquellas metas que la dirección nos propone, los resultados suelen estar relacionados e integrados con el resto de procesos de la empresa, mejorando el resultado final por norma general.
- Las actividades debe tener una orientación y evaluación de manera unificada para toda la organización, es muy importante que todos los procesos sean a nivel global, así los resultados obtenidos finalmente mejorarán con creces, los estudios deben de elaborarse tanto a nivel individual como a nivel colectivo, cruzando los datos para así poder encaminarlos hacia las mejoras pertinentes.
- Es fundamental e imprescindible que la comunicación fluya entre los diferentes niveles de la organización, para saber y tener información de lo que se espera de su trabajo y del de los demás, conociendo así las necesidades del equipo.

Cómo aplicar los principios de liderazgo:

- La motivación de los trabajadores en todos los factores que se relacionan con la empresa, esto pasa por trabajadores, empresas colaboradoras, consumidores finales, o en el caso de la sanidad los pacientes, para que se sientan integrados y a gusto, lo que producirá una retroalimentación a la hora de trabajar.
- Visualizar claramente el futuro de la organización, para así poder preparar a los trabajadores aportando todo lo necesario, preparando estrategias a largo plazo.
- Los objetivos y metas a ejecutar deben ser alcanzables, concretas y progresivas, no poniendo muchas cosas simultáneamente, además si se ponen muy elevadas y se ven inalcanzables, harán el efecto contrario y la desmotivación puede generalizarse.
- Compartir valores como los éticos, la imparcialidad, fomentando intereses compartidos por la mayoría, esto mejorará las relaciones entre los integrantes del grupo, lo que llevará a un buen ambiente de trabajo y así el trabajo también se desarrollará mejor y más eficientemente.
- Ayudar a minimizar los miedos, ya que son barreras y obstáculos que el individuo se pone sin darse cuenta en muchas ocasiones, esto no deja que fluyan las ideas y el individuo se retrae, dejando de aportar al grupo, dejando sin expresar ideas o formas de trabajar, que seguramente pueden ser muy buenas para todo el equipo, además esos miedos también entristecen y nos dejan sentirnos igual de realizados, lo que repercutirá visiblemente en los resultados del trabajo a realizar.

- Los diferentes miembros de la organización deben de estar previstos de los recursos pertinentes para desarrollar dichos objetivos.
- Los miembros de la organización disfrutarán de la libertad necesaria para aportar las ideas y llevarlas a su desarrollo, así a mayor responsabilidad tendrán mayor libertad de actuación.
- Reconocer por parte del líder las aportaciones de los diferentes miembros de la organización y así seguir trasmitiéndoles el impulso necesario.

* Saber visualizar dónde estamos y hacia dónde nos dirigimos.

Estilos de liderazgo:

1. Liderazgo autocrático: los líderes tienen un poder total sobre los trabajadores, los trabajadores en muchas ocasiones se sienten mal por este trato y esto conlleva un gran nivel de ausentismo laboral y mucha rotación de los trabajadores, llevándose consigo al irse todo el aprendizaje.
2. Liderazgo burocrático: estos líderes hacen todo según normas establecidas y de una forma muy rigurosa, aunque no aporta libertad al trabajador, también es preciso reconocer que para ciertos trabajos que haya que asumir normas rigurosas por riesgos importantes es bueno este tipo de liderazgo y también para el manejo de grandes cantidades de dinero.
3. Liderazgo carismático: estos son muy energéticos en los equipos a la hora de motivar a los trabajadores, creen mucho en sí mismos, tanto ellos como el equipo, puede dar lugar a cierta problemática cuando abandonan el puesto, ya que el equipo cree que sin líder no son capaces de nada.
4. Liderazgo participativo o democrático: son los que hacen integrar a todos los miembros del equipo en las tomas de decisiones, lo que conlleva doble beneficio, por un lado, se nutre de ideas, diferentes puntos de vista y, por otro lado, esto produce una mayor motivación de los trabajadores, ya que ellos mismos se sientan dueños del control de la empresa, involucrándose de una manera especial.
5. Liderazgo “laissez-faire”: esta es una expresión francesa que significa “déjalo ser” y se basa en que el líder deja al trabajador a que sea totalmente autónomo de sus labores, este estilo suele ser interesante cuando el trabajador tiene mucha experiencia y disponen de gran iniciativa propia.
6. Liderazgo orientado a las personas: este es un estilo que promueve la participación, empoderando al equipo para así llegar a conseguir fomentar la colaboración creativa del equipo, pudiendo orientarlo tanto a la tarea como a las personas. Los mandatarios se enfocan en el desarrollo del equipo, organizándolo y tutelándolo en todo lo necesario.
7. Liderazgo natural: no se reconoce de forma formal, este personaje lidera por simple satisfacción de la necesidad del equipo del que forma parte, engrandece los

valores personales, pero ante situaciones críticas de la empresa este líder no tiene capacidad de toma rápida de decisiones, ya que tiene poco peso para gestionar.

8. Liderazgo orientado a la tarea: se focalizan en el cumplimiento de las tareas, realizan muy bien la definición del trabajo y los roles que se necesitan para desempeñarlos, saben hacer una buena planificación, así como la organización y el control, aunque no se paran a pensar en el equipo y su bienestar, por lo que suele derivar en problemas de motivación y no saben retener los colaboradores en la empresa.

9. Liderazgo transaccional: es un estilo enfocado hacia la ejecución de las tareas, las cuales deben ser realizadas en un corto plazo de tiempo, el pago se hará a cambio del esfuerzo, el cual debe ser aceptado por parte de dicho líder, concretando este deberá ser obedecido en todo momento.

10. Liderazgo transformacional: estos líderes procuran transmitir constantemente inspiración, entusiasmo, emoción, aprobación entre otras cosas al equipo de trabajo. Buscan el apoyo de algunos empleados, en algunos casos ciertas empresas tienen que combinar este estilo con el transaccional.

Tipos de líderes:

1. Individualista: se impulsa a la superación de metas a nivel personal, su propio desarrollo en vez del equipo.

2. Estratega: este líder conoce muy bien las estructuras y fórmulas para que los negocios funcionen, siendo muy conscientes del lugar en donde operan, en ocasiones no son capaces de evitar los conflictos, pero procuran manejar las fricciones de la mejor manera posible.

3. Alquimista: se dice que es la más valorada y efectiva en el terreno de la organización, se caracterizan por una visión general, sin dejar de lado ningún trabajador ni departamento de la empresa, es muy empático y luchará por conseguir que todos los empleados consigan sus objetivos llegando a desarrollar al máximo su exponencial.

4. Oportunista: ven a los demás como una competencia potencial, tienden a desconfiar de los demás.

5. Diplomático: a este no le preocupará la competencia y podrá controlar las situaciones de forma fácil y natural, procura llegar a la consecución de los objetivos sin que haya demasiados roces entre los miembros del equipo.

6. Experto: se caracteriza por dominar y perfeccionar el campo en el que se encuentran desarrollando, suelen tener mucho talento y aportan al equipo muchos conocimientos.

5 Discusión-Conclusión

Tanto en la sanidad pública como en cualquier otra empresa, pública o privada, es de gran importancia tanto el estilo de liderazgo como el tipo de líder que marque las pautas a la hora del desarrollo del trabajo. Un buen líder ayuda a sacar todo lo mejor de cada uno de los compañeros o trabajadores, empatizando con las diferentes situaciones o momentos que pueda estar viviendo cada persona, se encargará de crear un buen ambiente de trabajo, procurando desarrollar el sentido del humor, también evitará dentro de lo posible todo tipo de crítica, tanto en cuanto al físico de cualquier trabajador, así como diferencias culturales, formas de entender el trabajo o de efectuarlo, integrando a todos por igual.

Cuando el equipo está unido, se siente valorado, en resumen está bien motivado el trabajo fluye de una forma mucho más fácil, pudiendo llegar a desarrollar más cantidad y también tendrá más calidad. El buen funcionamiento del equipo dará lugar a que haya mejor salud entre los trabajadores, lo que llevará a menos siniestralidad laboral y menos bajas, todo ello termina repercutiendo económicamente a la empresa tanto por el bajo nivel de abstinencia como porque los clientes finales o pacientes en nuestro caso se sentirán más a gusto y mejor.

6 Bibliografía

1. E. (2021, 22 octubre). LOS 10 estilos de liderazgo más utilizados. Escuela Europea de Excelencia. Recuperado 10 de octubre de 2021, de <https://www.escuelaeuropeaexcelencia.com/2015/08/10-estilos-de-liderazgo/>
2. Villacorta, D. (2020, 13 noviembre). Los 8 estilos de liderazgo más comunes y como saber el tuyo | GHCC. Georgia Hispanic Chamber of Commerce. Recuperado 10 de octubre de 2021, de <https://ghcc.org/es/los-8-estilos-de-liderazgo-mas-comunes/>

Capítulo 675

EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA CONSULTA DE RADIOLOGÍA

MARÍA DEL CARMEN GÓMEZ SORIANO

JONATAN RUIZ MORALES

AZUCENA GUERRA DIAZ

CRISTINA LÓPEZ GÓMEZ

1 Introducción

La consulta de radiología es un servicio médico esencial que se enfoca en la obtención y análisis de imágenes médicas para diagnosticar y tratar diversas afecciones. Los radiólogos son médicos especializados en el uso de técnicas de imagenología para evaluar la anatomía y función del cuerpo. Algunos aspectos clave de una consulta de radiología incluyen:

Imagenología diagnóstica: Los radiólogos utilizan diversas modalidades de imagen, como radiografías, tomografías computarizadas (TC), resonancias magnéticas (RM) y ecografías, para diagnosticar enfermedades y lesiones en diferentes partes del cuerpo.

Procedimientos guiados por imágenes: Realizan procedimientos invasivos o no invasivos, como biopsias o drenajes, con la guía de imágenes en tiempo real para una mayor precisión.

Control de calidad: Aseguran que los equipos de radiología estén calibrados y mantenidos adecuadamente para garantizar imágenes de alta calidad y dosis de radiación seguras para los pacientes.

Informes radiológicos: Los radiólogos interpretan las imágenes y generan informes detallados que se envían al médico solicitante para ayudar en el diagnóstico y tratamiento del paciente.

Tratamiento y seguimiento: En algunos casos, la radiología también se utiliza en tratamientos como la radioterapia para el cáncer.

Colaboración interdisciplinaria: Los radiólogos trabajan en estrecha colaboración con otros especialistas médicos, como oncólogos, cirujanos y cardiólogos, para proporcionar una atención integral a los pacientes.

La consulta de radiología es fundamental en la atención médica, ya que las imágenes diagnósticas son un componente esencial para la toma de decisiones médicas precisas. Los avances tecnológicos han permitido diagnósticos más tempranos y tratamientos más efectivos, lo que mejora significativamente el cuidado de la salud de los pacientes.

2 Objetivos

Describir las funciones del auxiliar administrativo en la consulta de radiología.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa, en una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

El auxiliar administrativo desempeña un papel fundamental en la consulta de radiología al gestionar tareas administrativas y logísticas que permiten el fun-

cionamiento eficiente de la clínica y una atención de calidad a los pacientes que requieren servicios de imagenología. Sus funciones en esta área incluyen:

Programación de citas: El auxiliar administrativo es el primer punto de contacto para los pacientes que necesitan estudios de radiología. Se encarga de programar las citas, coordinar horarios y verificar la disponibilidad de los equipos de imagenología.

Registro de pacientes: Lleva un registro preciso de la información de los pacientes, incluyendo datos personales, historias clínicas y resultados de estudios anteriores. Esto es crucial para garantizar un seguimiento adecuado y personalizado de la atención.

Facturación y seguros: Administra la facturación de los servicios de radiología y verifica la cobertura de seguros médicos para garantizar que los pacientes reciban los beneficios adecuados.

Coordinación de recursos: Ayuda a gestionar los recursos y suministros necesarios para la realización de estudios de imagenología, asegurando que estén disponibles en el momento adecuado.

Atención al cliente: Proporciona un servicio amable y eficiente a los pacientes, responde preguntas, brinda información sobre los procedimientos y se asegura de que se sientan cómodos durante su visita.

Comunicación interna: Actúa como enlace de comunicación entre el personal médico y administrativo, transmitiendo información relevante y asegurando un flujo de trabajo sin problemas.

Cumplimiento de regulaciones: Asegura que se cumplan las regulaciones de salud y seguridad, así como los procedimientos adecuados en términos de privacidad y confidencialidad de la información del paciente.

Manejo de emergencias: Debe estar preparado para coordinar acciones en situaciones de emergencia y seguir los protocolos establecidos para garantizar la seguridad de los pacientes y el personal.

El auxiliar administrativo en la consulta de radiología cumple una serie de funciones esenciales que contribuyen al funcionamiento efectivo de la clínica y al bienestar de los pacientes que requieren estudios de imagenología. Su trabajo es fundamental para garantizar la calidad de la atención médica y la comodidad de

los pacientes en un entorno especializado en radiología.

5 Discusión-Conclusión

Para mejorar la documentación en la consulta de radiología, sugiero implementar un sistema de gestión electrónica de registros. Esto permitirá una captura de información más eficiente y precisa, reduciendo errores y redundancias. Además, debemos asegurarnos de que todo el personal esté capacitado en el uso de esta tecnología para maximizar su efectividad.

Establecer procedimientos estandarizados para la documentación es esencial. Deberíamos definir cómo registrar diagnósticos, procedimientos, resultados y observaciones de manera uniforme. Esto garantizará una documentación más coherente y facilitará la revisión de historias clínicas, lo que a su vez mejorará la calidad de la atención.

Finalmente, es crucial realizar auditorías periódicas de documentación para identificar áreas de mejora y corregir desviaciones. La retroalimentación constante entre el personal médico y administrativo es clave para mantener una documentación precisa y completa, lo que beneficia la atención de los pacientes y la eficiencia de la consulta de radiología.

6 Bibliografía

1. Salcedo, P. A., Velasco, A. G., Iglesias, R. G., & Simón, S. F. (2019). Importancia de la comunicación en el auxiliar administrativo en sanidad. In *Revisión e innovación en la actuación de los profesionales de la salud: Volumen II* (pp. 25-29). Asociación Universitaria de Educación y Psicología (ASUNIVEP).
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 676

EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA CONSULTA DE YESOS

MARÍA DEL CARMEN GÓMEZ SORIANO

JONATAN RUIZ MORALES

AZUCENA GUERRA DIAZ

CRISTINA LÓPEZ GÓMEZ

1 Introducción

La consulta de yesos es un servicio médico especializado en la aplicación, gestión y seguimiento de dispositivos de inmovilización, como férulas y yesos, utilizados para tratar fracturas, lesiones óseas, músculo-esqueléticas y afecciones que requieren inmovilización temporal de una extremidad o área específica del cuerpo.

En esta consulta, los profesionales de la salud, como ortopedistas y enfermeros especializados, desempeñan un papel crucial en la atención y recuperación de los pacientes. Algunos aspectos clave de una consulta de yesos incluyen:

Evaluación y diagnóstico: El profesional evalúa la lesión del paciente, a menudo utilizando radiografías, y determina el tipo de inmovilización necesario, ya sea un yeso completo, una férula o vendaje.

Aplicación de yesos: Realizan la aplicación de yesos o férulas de acuerdo con las indicaciones médicas, asegurándose de que estén bien ajustados y cómodos.

Educación al paciente: Proporcionan instrucciones al paciente sobre cómo cuidar y mantener la inmovilización, cómo bañarse o ducharse, y qué síntomas de alarma deben vigilar.

Seguimiento: Los pacientes regresan para revisiones periódicas, donde el profesional verifica la evolución de la lesión, realiza ajustes en los dispositivos si es necesario y proporciona orientación sobre el tiempo de inmovilización.

Retirada de yesos: Una vez que se ha curado la lesión, se encargan de retirar los yesos o férulas y pueden recomendar terapia de rehabilitación.

La consulta de yesos es esencial para garantizar la adecuada inmovilización y recuperación de lesiones musculoesqueléticas. Los profesionales en esta área desempeñan un papel crucial en el proceso de curación y rehabilitación de los pacientes, asegurando que puedan volver a su vida cotidiana lo antes posible.

2 Objetivos

Describir las funciones del auxiliar administrativo en la consulta de yesos.

3 Metodología

En esta investigación de revisión bibliográfica se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa, en una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

El auxiliar administrativo desempeña un rol importante en la sala de yesos al gestionar tareas administrativas y logísticas que permiten el funcionamiento eficiente de este servicio especializado. Sus funciones abarcan diversas áreas cruciales, lo que incluye:

Programación de citas: El auxiliar administrativo es responsable de programar citas para los pacientes que requieren servicios de sala de yesos. Esto implica coordinar horarios, verificar disponibilidad y mantener un registro organizado de las citas.

Registro de pacientes: Lleva un registro detallado de la información de los pacientes, incluyendo datos personales, diagnósticos médicos, instrucciones específicas para el tratamiento con yesos, y seguimiento de las visitas.

Comunicación con el personal médico: Sirve como enlace de comunicación entre el personal médico y administrativo, asegurando que la información necesaria se transmita de manera eficaz y oportuna.

Facturación y seguros: Gestiona la facturación de los servicios de sala de yesos y verifica la cobertura de seguros médicos, garantizando que los pacientes reciban la atención adecuada y que se cumplan los requisitos de facturación.

Atención al cliente: Proporciona un servicio amable y eficiente a los pacientes, responde preguntas, brinda información sobre los procedimientos y se asegura de que se sientan cómodos durante su visita.

Coordinación de recursos: Ayuda en la gestión de los recursos y suministros necesarios para la aplicación de yesos, asegurando que estén disponibles cuando se requieran.

Cumplimiento de regulaciones: Asegura que se cumplan las regulaciones de salud y seguridad, y que se sigan los procedimientos adecuados en términos de privacidad y confidencialidad de la información del paciente.

Manejo de emergencias: Debe estar preparado para coordinar acciones en situaciones de emergencia y seguir los protocolos establecidos para garantizar la seguridad de los pacientes y el personal.

El auxiliar administrativo en la sala de yesos juega un papel fundamental al gestionar las tareas administrativas y logísticas necesarias para un funcionamiento efectivo. Su trabajo contribuye a la calidad de la atención médica y garantiza que los pacientes reciban un servicio integral y oportuno en un entorno especializado en la aplicación de yesos.

5 Discusión-Conclusión

Para mejorar la documentación en la sala de yesos, es esencial implementar un sistema de registro electrónico eficiente. Esto permitirá una captura de información más rápida y precisa, reduciendo errores y redundancias en la documentación. Asegurémonos de que todo el personal esté debidamente capacitado

en el uso de esta tecnología para garantizar su correcta aplicación.

Además, es fundamental establecer procedimientos estandarizados para la documentación. Definamos cómo se registran los datos de los pacientes, los diagnósticos, los tratamientos aplicados y los dispositivos de yesos utilizados de manera uniforme. Esto garantizará una documentación más coherente y facilitará la revisión de historias clínicas, lo que a su vez mejorará la calidad de la atención.

Por último, realicemos auditorías periódicas de documentación para identificar áreas de mejora y corregir desviaciones. La retroalimentación constante entre el personal médico y administrativo es clave para mantener una documentación precisa y completa. Esto no solo beneficia la atención a los pacientes, sino que también mejora la eficiencia y la seguridad de la sala de yesos.

6 Bibliografía

Salcedo, P. A., Velasco, A. G., Iglesias, R. G., & Simón, S. F. (2019). Importancia de la comunicación en el auxiliar administrativo en sanidad. In *Revisión e innovación en la actuación de los profesionales de la salud: Volumen II* (pp. 25-29). Asociación Universitaria de Educación y Psicología (ASUNIVEP).

Capítulo 677

EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA CONSULTA DE OTORRINO

JONATAN RUIZ MORALES

AZUCENA GUERRA DIAZ

CRISTINA LÓPEZ GÓMEZ

MARÍA DEL CARMEN GÓMEZ SORIANO

1 Introducción

La consulta de otorrinolaringología, comúnmente conocida como consulta de otorrino, es un servicio médico especializado en el diagnóstico y tratamiento de trastornos que afectan el oído, nariz y garganta. Los otorrinolaringólogos, también llamados otorrinos, son médicos especializados en estas áreas y desempeñan un papel crucial en el cuidado de la salud de los pacientes. Algunos aspectos clave de una consulta de otorrino incluyen:

Evaluación y diagnóstico: El otorrino realiza una evaluación exhaustiva de los pacientes, que puede incluir exámenes físicos, endoscopias, audiometrías y otros procedimientos para determinar la causa de los síntomas, como pérdida auditiva, problemas de equilibrio, sinusitis o trastornos de la voz.

Tratamiento y procedimientos: Los otorrinolaringólogos pueden llevar a cabo procedimientos médicos o quirúrgicos para tratar afecciones como amigdalitis,

otitis, ronquidos, sinusitis, entre otros.

Educación al paciente: Brindan orientación a los pacientes sobre su condición, opciones de tratamiento y medidas de prevención. Esto incluye la recomendación de cambios en el estilo de vida o hábitos para mejorar la salud de las vías respiratorias y auditivas.

Seguimiento: Los pacientes pueden requerir visitas de seguimiento para evaluar la efectividad del tratamiento o para abordar problemas en evolución.

Colaboración interdisciplinaria: Los otorrinos trabajan en estrecha colaboración con otros especialistas médicos, como alergólogos, oncólogos y cirujanos plásticos, para brindar atención integral a los pacientes cuando es necesario.

La consulta de otorrino es fundamental para el diagnóstico y tratamiento de una amplia gama de trastornos que afectan el oído, la nariz y la garganta. Los otorrinolaringólogos son especialistas altamente capacitados que desempeñan un papel esencial en el cuidado de la salud de los pacientes en estas áreas críticas del cuerpo.

2 Objetivos

Describir las funciones del auxiliar administrativo en la consulta de otorrinolaringología.

3 Metodología

En esta investigación de revisión bibliográfica se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa, en una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

El auxiliar administrativo en la consulta de otorrinolaringología cumple un papel crucial al garantizar el funcionamiento eficiente de este servicio médico. Sus funciones abarcan diversas áreas, lo que incluye:

Programación de citas: El auxiliar administrativo es responsable de coordinar las citas para los pacientes que requieren atención otorrinolaringológica. Esto implica gestionar horarios, confirmar disponibilidad y mantener un registro organizado de las citas programadas.

Registro de pacientes: Lleva un registro detallado de la información de los pacientes, incluyendo datos personales, historias clínicas, resultados de estudios previos y seguimiento de las visitas. Esto es fundamental para una atención personalizada y un seguimiento eficaz.

Comunicación con el personal médico: Actúa como enlace de comunicación entre el personal médico y administrativo, transmitiendo información relevante y asegurando un flujo de trabajo eficiente.

Facturación y seguros: Administra la facturación de los servicios de otorrinolaringología y verifica la cobertura de seguros médicos para garantizar que los pacientes reciban los beneficios adecuados y que se cumplan los requisitos de facturación.

Atención al cliente: Proporciona un servicio amable y eficiente a los pacientes, responde preguntas, brinda información sobre los procedimientos y se asegura de que se sientan cómodos durante su visita a la consulta de otorrino.

Coordinación de recursos: Ayuda en la gestión de los recursos y suministros necesarios para la realización de procedimientos otorrinolaringológicos, asegurando que estén disponibles en el momento adecuado.

Cumplimiento de regulaciones: Asegura que se cumplan las regulaciones de salud y seguridad, así como los procedimientos adecuados en términos de privacidad y confidencialidad de la información del paciente.

Manejo de emergencias: Debe estar preparado para coordinar acciones en situaciones de emergencia y seguir los protocolos establecidos para garantizar la seguridad de los pacientes y el personal.

El auxiliar administrativo en la consulta de otorrinolaringología juega un papel esencial en la gestión de tareas administrativas y logísticas que permiten un funcionamiento efectivo de la clínica. Su trabajo contribuye a la calidad de la atención médica y la comodidad de los pacientes en un entorno especializado en otorrinolaringología

5 Discusión-Conclusión

Para mejorar la documentación en la consulta de otorrinolaringología, es fundamental implementar un sistema de registro electrónico eficiente. Esto permitirá capturar información de manera más rápida y precisa, reduciendo errores y redundancias en la documentación. Asegurémonos de que todo el personal esté debidamente capacitado en el uso de esta tecnología para garantizar su correcta aplicación.

Además, es esencial establecer procedimientos estandarizados para la documentación, definiendo cómo se registran datos de pacientes, diagnósticos, tratamientos y resultados de manera uniforme. Esto garantizará una documentación más coherente y facilitará la revisión de historias clínicas, lo que a su vez mejorará la calidad de la atención.

Finalmente, realicemos auditorías periódicas de documentación para identificar áreas de mejora y corregir desviaciones. La retroalimentación constante entre el personal médico y administrativo es clave para mantener una documentación precisa y completa. Esto no solo beneficia la atención de los pacientes, sino que también mejora la eficiencia y la seguridad de la consulta de otorrino.

6 Bibliografía

Salcedo, P. A., Velasco, A. G., Iglesias, R. G., & Simón, S. F. (2019). Importancia de la comunicación en el auxiliar administrativo en sanidad. In *Revisión e innovación en la actuación de los profesionales de la salud: Volumen II* (pp. 25-29). Asociación Universitaria de Educación y Psicología (ASUNIVEP).

Capítulo 678

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DE UN CELADOR EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIA.

GUILLERMO MORENO PÉREZ

1 Introducción

El celador es la primera persona que se pone en contacto del paciente a su llegada al servicio de urgencias, tendremos que destacar, por ello, que está especialmente expuesto a cualquier enfermedad que se pueda propagar por contacto o de forma aérea antes de poder ser diagnosticado por un profesional.

Aparte de las posibles enfermedades, a menudo infecciosas, que un celador puede llegar a contraer en su puesto de trabajo en un servicio de urgencias, podemos encontrar otra serie de enfermedades laborales, especialmente frecuentes en el colectivo de celadores de ámbito sanitario.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer los riesgos del celador en su desempeño diario en un servicio de urgencias.

3 Metodología

Para la realización de nuestro trabajo hemos procedido a realizar una búsqueda bibliográfica en diversas páginas web de carácter sanitario, ya que es el ámbito de trabajo del celador. Realizando una labor de investigación tras una revisión bibliográfica sobre las páginas existentes de reconocido prestigio, consultando diversos artículos y seleccionando los procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para cada riesgo en concreto, existen medidas de prevención que el celador, en urgencias, debería adoptar para evitar estos riesgos como, por ejemplo:

- Sobreesfuerzos realizados a menudo por parte del celador pueden conllevar lesiones físicas y continuas molestias, a nivel lumbar, cervicales, hombros, tendinitis... Así, para prevenir todos estos problemas, deberemos de realizar una correcta movilización de enfermos, ya sea a la hora de levantarlos o acostarlos de una cama, realizando cambios posturales o llevarlos a realizar pruebas fuera de la unidad de urgencias (como TAC, Rayos...)

Cuando el paciente no puede colaborar en su movilización, deberemos usar grúas para ello, evitando así las frecuentes lesiones de espalda que sufren muchos celadores.

Si no se puede usar la grúa podemos usar un rodillo de uso sanitario, el cual nos facilita la labor de arrastre de una cama a una camilla o viceversa, requiriendo colaboración de más compañeros para realizarlo, mínimo dos, y coordinando los movimientos al unísono. Es importante decir, que siempre que un celador movilice un paciente, debe realizarse bajo la supervisión del personal sanitario responsable de este, para evitar que pueda perder la vía venosa donde se esté pasando un tratamiento, o se le pueda lesionar por padecer alguna dolencia, que nosotros, como celadores desconocemos. Cuando el transporte no es de pacientes, sino de material sanitario, cajas, objetos... deberemos utilizar carros adecuados para ello. Si fuera necesario realizar el transporte de forma manual, este deberá realizarse con el mínimo peso posible, manteniendo el peso cerca del cuerpo, sin realizar giros del tronco y manteniendo recta la espalda.

- Caídas. Para evitar las caídas se recomienda no correr por las escaleras ni pasillos del hospital. Se puede ir deprisa sin tener que llegar a correr y así evitar caídas entre otros profesionales y nosotros mismos, que podemos chocarnos y caer al

suelo, lesionándonos o lesionando a otros. También es importante observar si el suelo está mojado, para no escurrirnos. Y, por último, usar calzado adecuado para realizar nuestro trabajo.

- Agresiones en el ámbito sanitario: Para evitarlas es necesario no contradecir al paciente psiquiátrico y siempre tratarle con calma, dejar actuar a los profesionales, sobre todo si son pacientes psiquiátricos, y si somos requeridos para realizar una contención mecánica a un paciente psiquiátrico, la realizaremos con un número adecuado de personas que puedan asegurar tanto la seguridad del paciente como la de todo el equipo que la lleva a cabo.

- Accidentes con sustancias biológicas: En urgencias (no solo en plantas de hospitalización) podemos encontrar a enfermos aislados en una habitación, y con frecuencia el celador debe entrar a ayudar a su movilización a auxiliares de enfermería y enfermeras. Es importante conocer o preguntar, si se tuviera dudas, de que tipo de protecciones se deben de usar a la hora de entrar en dicha habitación aislada, como podrían ser, mascarilla, guantes, bata, gafas, EPI (equipo de protección) completo... Sobre estos accidentes diremos que es importante estar adecuadamente bien vacunado (vacunas de la hepatitis A y B, varicela, gripe, tétanos-difteria...)

Los pinchazos accidentales con agujas, bisturís y material cortante son peligrosos, y en urgencias, aunque se tenga cuidado, es posible encontrar alguno de ellos, sobre todo, ante las prisas de ayudar a un paciente grave. Si encontramos tales objetos deberemos de desecharlos, con cuidado, en los contenedores amarillos que están para tal efecto. Estos objetos no se pueden depositar en la basura, ya que cuando el personal de limpieza manipule dichas bolsas, es fácil que puedan pincharse y ocasionar un problema en su salud. Si en algún momento se produjera un pinchazo accidental, habrá que comunicarlo al jefe de celadores y al supervisor del servicio, y acudir al servicio de prevención de riesgos laborales, quienes nos informarán de las medidas a seguir a raíz de este suceso. Las muestras biológicas, si el celador es requerido para su transporte, deberá realizarlo en contenedores específicos para tal concepto, y con especial cuidado.

- Exposición a sustancias químicas: Los celadores a menudo manipulan sustancias químicas a la hora de su transporte y almacenamiento en la unidad. Deben de tener especial cuidado en no romper por descuido envases que contengan productos químicos peligrosos, teniendo en cuenta las etiquetas que la caja que los contiene llevará. También tendrá en cuenta las indicaciones correspondientes a la hora de almacenar estos productos, ya que podrían requerir conservarse en

nevera, transportarse envueltos para evitar la luz (como algunos citostáticos) ...
Ante cualquier duda, deberemos preguntar al responsable del servicio.

- Exposición a radiaciones:

Al realizar pruebas de Rayos X con un equipo portátil en la unidad de urgencias, deberemos seguir las indicaciones que el personal de urgencias y de rayos nos haga y procuraremos retirarnos lejos de la acción de las radiaciones ionizantes, y si se da el caso de una celadora embarazada, deberá ponerlo en conocimiento de su supervisor para evitar estar en contacto con estas radiaciones, pudiendo realizar otra labor menos peligrosa que esta.

5 Discusión-Conclusión

Llegamos a la conclusión, de que si el personal celador de una unidad de urgencias hospitalaria, conociera todos los riesgos laborales que en su trabajo existen, puede de una forma u otra minimizarlos. Es decir, si el celador conoce, por ejemplo, que el equipo de rayos que a menudo transporta a la unidad de encamados de urgencias, ocasiona radiación ionizante alrededor de donde se está realizando tal radiografía, el celador, intentará alejarse lo máximo posible, o lo que su trabajo le llegue a permitir, para recibir el menos posible de esta radiación.

Si al mismo tiempo que le damos a conocer al celador, los riesgos de su lugar de trabajo, le proporcionamos información sobre como prevenir dichos riesgos, y con ello, prevenir en un futuro enfermedades derivadas de su profesión, como pueden ser lumbalgias o infecciones. Mejorar la prevención en las enfermedades o riesgos más habituales de los celadores, sería invertir en salud dentro del equipo sanitario, y también en lo que concierne a pacientes.

6 Bibliografía

1. Revista Médica Ocronos (en línea). Principales enfermedades e infecciones en el puesto de trabajo del celador. [Consulta: 07 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/enfermedades-infecciones-trabajo-celador/>.
2. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (en línea). Normas de trabajo seguro para celadores. [Consulta: 07 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.chospab.es/recursosHumanos/prevencion/docs/NORMASDETRABAJOSEGUROCeladoresyazafatas.pdf>.
3. Revista Médica Ocronos (en línea). Riesgos del celador en el puesto de trabajo hospitalario. [Consulta: 07 de octubre de 2023]. Disponible en: Disponible <https://revistamedica.com/riesgos-del-celador-en-el-puesto-de-trabajo-hospitalario/>.

[//revistamedica.com/riesgos-celador-puesto-de-trabajo-hospitalario/](http://revistamedica.com/riesgos-celador-puesto-de-trabajo-hospitalario/).

4. BOE. (en línea). Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. [Consulta: 07 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-24292>.

Capítulo 679

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL TRÁMITE DE FORMALIZACIÓN DE DOCUMENTOS EN LOS CENTROS SANITARIOS

LAURA LOPEZ GONZÁLEZ

MANUELA LUCÍA CRIADO GONZÁLEZ

GUILLERMO MORENO PÉREZ

EDITA CUETO GONZALEZ

EMILIA VIZCAYA LOPEZ

1 Introducción

Un documento es información que ha sido escrita y recopilada en cualquier tipo de soporte material, incluyendo papel, gráficos, audiovisuales e informáticos, con el que podemos demostrar algo en concreto.

Según la ley, la normativa actual, son documentos administrativos públicos aquellos que han sido emitidos por órganos de la Administración Pública como consecuencia de la actividad administrativa realizada en el ejercicio de las funciones y facultades que les confiere la ley. Para realizar un seguimiento, informar y comunicar cuestiones que resultan de las diversas interacciones que los ciudadanos

tienen con las administraciones públicas, se utiliza la documentación administrativa. Estos problemas quedan reflejados en la documentación, lo que les otorga validez continua.

Al ser el principal medio de comunicación entre el público en general y la organización administrativa, los documentos y formularios utilizados por la administración revisten especial importancia. Por ello, deben elaborarse con transparencia y claridad tanto en su estructura y contenido como en la información que brindan al ciudadano.

Los auxiliares administrativos son quienes supervisan la documentación del centro hospitalario. Se pueden encontrar auxiliares administrativos trabajando en los distintos departamentos o divisiones de un hospital, haciendo de todo, desde programar citas hasta gestionar grandes cantidades de documentación, así como facturación, admisiones, emergencias y recursos humanos.

2 Objetivos

Explicar y enumerar los aspectos de formalización y confección de los documentos administrativos que el auxiliar administrativo debe tener presente a la hora de elaborar dichos documentos, en este caso dentro del ámbito sanitario.

3 Metodología

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

4 Resultados

El personal administrativo debe estar familiarizado con los siguientes procedimientos, que son necesarios según la legislación vigente actualizada y la literatura revisada, para poder preparar adecuadamente los documentos oficiales. Si bien los actos administrativos son meros trámites, se destacan en la formalización de documentos. Deberán estar autorizados y disponer de información de autenticidad del organismo emisor, manifestada mediante firma manuscrita o mediante

símbolos que garanticen dicha autenticidad, técnicas informáticas o telemáticas, siempre de acuerdo con las normas de la Ley 39/2015 y 40/2015 que regula su utilización por la Administración del Estado.

Tienen la consideración de documento público administrativo los documentos válidamente emitidos por los órganos de las Administraciones públicas. Las Administraciones Públicas emitirán los documentos administrativos por escrito, a través de medios electrónicos, a menos que su naturaleza exija otra forma más adecuada de expresión y constancia.

El resto de documentos no será necesario formalizarlos, especialmente los de contenido informativo, siempre que el autor del documento pueda presentar prueba suficiente.

Habrá un encabezamiento con la siguiente información que aparezca en los documentos que contengan actos administrativos, aunque sean meramente formales (y cuyos destinatarios sean ciudadanos).

- En el título del documento deberá constar el tipo de documento, sus puntos claves y, en su caso, el procedimiento en el que se inserta.
- El número o código de identificación del expediente del documento, asignado para facilitar a los ciudadanos su mención en la correspondencia con la Administración.

En los documentos formalizados también deberán constar los siguientes datos:

- El título oficial y nombre del órgano administrativo que tiene la facultad de expedir el documento.
- el lugar y la fecha en que efectivamente se firmó el documento.
- Identificación del destinatario del documento, incluyendo su nombre y apellido (si es persona física).

Los documentos administrativos que generamos en el uso de nuestras labores funcionan como comunicación principal con los ciudadanos, por ello debemos demostrar profesionalidad en el manejo de la información.

5 Discusión-Conclusión

En la preparación de los documentos, el auxiliar administrativo deberá tener en cuenta los componentes de formalización y preparación comentados en el apartado anterior, sustentados en la jurisprudencia legal pertinente y la bibliografía.

Para que el destinatario del mensaje o documento pueda comprenderlo con el menor esfuerzo, deberá considerar la necesidad de expresarse de forma clara y sucinta. Utilizando el número correcto y suficiente de palabras, evitando desvíos,

repeticiones y complicaciones, se puede evitar la posibilidad de que el destinatario de los documentos los interprete incorrectamente.

Finalmente, el personal administrativo gestiona, organiza, planifica, atiende a los pacientes o usuarios y realiza tareas administrativas, de apoyo y apoyo a la organización.

6 Bibliografía

1. Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

Capítulo 680

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN TELEFÓNICA EN LOS DISTINTOS CENTROS SANITARIOS.

LAURA LOPEZ GONZÁLEZ

MANUELA LUCÍA CRIADO GONZÁLEZ

GUILLERMO MORENO PÉREZ

EDITA CUETO GONZALEZ

EMILIA VIZCAYA LOPEZ

1 Introducción

A pesar de estar en uso antes de la pandemia de Covid-19, la asistencia telefónica ahora está disponible en hospitales y centros de salud como medida de contención para reducir la aglomeración en estas áreas.

Es posible programar citas para atención médica tanto telemática como presencial, así como realizar un cribado de primeros auxilios en hospitales y ambulatorios con ayuda del teléfono. Asimismo, la recepción, atención y tramitación de las quejas, reclamaciones y sugerencias de los pacientes derivados del uso de los servicios de salud.

Las llamadas telefónicas suponen una parte importante de la actividad asistencial en un centro de salud. Aunque pueda parecer que libera el trabajo presencial,

también aumenta la carga de trabajo. Sin embargo, en la mayoría de los casos, ayuda a los pacientes con sus problemas o incertidumbres que de otro modo tendrían que abordarse en persona y muy probablemente de forma urgente durante las consultas si esta posibilidad de consulta no existiera.

En consecuencia, este sistema de asesoramiento permite realizar una especie de triaje en función de las necesidades de atención del paciente. Es una ventaja tanto para los médicos como para los pacientes, así como para todos los involucrados en el ámbito sanitario.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las distintas funciones llevadas a cabo por el auxiliar administrativo en la atención telefónica a los pacientes dentro del ámbito 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 con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Pasamos por un desafiante proceso de adaptación, desde el uso del servicio telefónico que nos fue impuesto por la pandemia de Covid-19 hasta su normalización. Para minimizar las interrupciones de las consultas presenciales, actualmente la atención telefónica se brinda de forma programada de acuerdo con el cronograma en las agendas individuales.

Este tipo de servicios, reducen la aglomeración en entornos hospitalarios y ambulatorios y mejoran la calidad de la información en la interacción. Se ha demostrado que esta forma de comunicación es eficaz para resolver problemas que surgen en una variedad de situaciones y entre varios grupos de edad. Un beneficio de una consulta telefónica es que ahorra tiempo y distancia al reducir los viajes. En los casos en los que el tema no es demasiado complicado, permite una consulta rápida y reduce el riesgo de contagio. A la hora de interactuar, también

tiene beneficios para el auxiliar administrativo, como la protección personal contra infecciones y la rígida estructura organizativa en torno a los horarios de citas, que antes podían ser muy ambiguos.

En cuanto a los inconvenientes, es obvio que las situaciones complicadas del paciente requerirán una segunda cita en persona. Sin embargo, el estudio cara a cara contextualizado con señales visuales proporciona la información necesaria que de otro modo se habría obtenido con el intercambio comunicativo telefónico. Es posible que los auxiliares administrativos deban dedicar más tiempo del necesario, por ejemplo, explicando informes o citaciones por teléfono en lugar de en persona. Habría sido posible una resolución más rápida.

Además, dependiendo del paciente, especialmente de su edad, podemos encontrarnos con alguien que se siente rechazado o inseguro al utilizar el teléfono por un grado de incertidumbre provocado por las prisas o por la falta de capacidad comunicativa, que podría haberse resuelto con gestos o lenguaje no verbal.

5 Discusión-Conclusión

Aunque estamos acostumbrados a hacerlo en el ámbito de la salud, estas llamadas generalmente se hicieron para aclarar incertidumbres menores relativas a los pacientes, con escasa complejidad, también para consultas administrativas, solicitudes o recordatorios de citas, así como para renovaciones de recetas, información de resultados o consultas sobre su vigencia.

Desde la pandemia de la Covid-19, las consultas telefónicas han comenzado a realizarse para un abanico más amplio de finalidades y con mayor complejidad, ya sea por el tipo de paciente que la solicita, por la amplia gama de posibles finalidades de consulta, o por ambas cosas.

A pesar de esto, debido a que nuestros trabajos como auxiliares administrativos en el sector de la salud lo requerían, pudimos adaptarnos rápidamente al nuevo entorno. Ser comprensivos en el desempeño de nuestro trabajo, con esta nueva herramienta, no solo ha sido difícil para nosotros, sino también para el resto de profesionales y pacientes.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/atencion-telefonica-auxiliares-administrativos-ciudadanos/>.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.

4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 681

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE SANIDAD Y LA PATOLOGÍA DEL TÚNEL CARPIANO

LAURA LOPEZ GONZÁLEZ

MANUELA LUCÍA CRIADO GONZÁLEZ

GUILLERMO MORENO PÉREZ

EDITA CUETO GONZALEZ

EMILIA VIZCAYA LOPEZ

1 Introducción

Cuando el nervio mediano se comprime a nivel de la muñeca, se desarrolla este síndrome. El nervio que conecta el antebrazo con la mano se ve afectado por esta patología.

El engrosamiento de las vainas tendinosas atrapa el nervio mediano, lo que provoca inflamación y dolor en la mano, el brazo y la muñeca.

Cuando el paciente se despierta con las manos doloridas o entumecidas o cuando el dolor le mantiene despierto por la noche, ha superado este punto de no retorno. Esta patología puede operarse en condiciones difíciles o con un dolor insoportable. Pero como el problema suele ser recurrente, muchas veces no lo resuelve, por lo que no es una solución muy recomendable.

Debido a la importante interferencia de la lesión con la vida diaria del paciente, se puede considerar como una lesión relativamente grave.

El auxiliar administrativo, que también realiza otras tareas, debe usar constantemente sus manos para completar su trabajo en el entorno hospitalario, incluida la creación de informes, realizar pedidos y programar citas de pacientes.

Las mujeres experimentan este síntoma con más frecuencia que los hombres, y las personas de mediana edad o mayores tienen más probabilidades de experimentarlo. Esto sucede especialmente en aquellos que pasan mucho tiempo frente al ordenador durante su jornada laboral. Sensaciones de hormigueo, calambres y dolor son los primeros síntomas que experimentan los pacientes a medida que avanza la enfermedad.

2 Objetivos

Explicar las diferentes sintomatologías del síndrome del túnel carpiano y como afecta al auxiliar administrativo que trabaja en los centros hospitalarios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado temarios de oposición y bases de datos como PubMed, Medline y Scielo.

Se han introducido palabras clave como auxiliar administrativo-patología-túnel carpiano.

4 Resultados

Como se ha mencionado con anterioridad, el síndrome del túnel carpiano puede ser una afección dolorosa que incluso interfiere con la capacidad del paciente para realizar su trabajo diario.

Aquí se entrará en detalle sobre los diversos factores que pueden contribuir a las manifestaciones de esta patología:

- Cuando se usa el ratón del ordenador, se utilizan los dedos de la mano repetidamente. Una parte considerable de la jornada laboral la dedica el personal administrativo al uso del ordenador y también del ratón. El movimiento es constante y prolongado en el tiempo.

La posición de la mano y la muñeca es importante porque el trabajo requiere una flexión y extensión constante de la muñeca y la mano.

El componente genético, particularmente los cambios hormonales en la mujer, la diabetes, la artritis e incluso la tiroides, están vinculados a esta patología. Estos factores tienen un impacto significativo, pero no son los únicos.

Existen acciones preventivas que se pueden tomar para disminuir al menos parcialmente los síntomas:

- Se intentará hacer pausas y realizar ejercicios de estiramiento. Se deben evitar posturas prolongadas de flexión y extensión de la muñeca.
- Es necesario rediseñar los puestos de trabajo para permitir la rotación y evitar dedicar demasiado tiempo a la misma tarea.

Existen teclados verticales y ratones que podrían disminuir los síntomas de esta enfermedad.

Los siguientes tratamientos no quirúrgicos pueden incluir:

- Utilizar analgésicos y antiinflamatorios para reducir inicialmente la inflamación.
- Usar férulas para inmovilizar y sostener la muñeca para que quede recta, aliviando la presión sobre el nervio interno del túnel carpiano.
- Administración local de corticosteroides para proporcionar alivio del dolor durante más tiempo.
- Ejercicios de estiramiento para relajar los músculos y aliviar la presión sobre los nervios.

5 Discusión-Conclusión

Los miembros del personal administrativo son particularmente susceptibles a desarrollar esta patología. Su principal medio de trabajo diario es un ordenador y su ratón correspondientes.

Aunque se pueden tomar medidas preventivas, los síntomas mencionados anteriormente son difíciles de evitar si se utiliza el ratón con frecuencia.

Una de las enfermedades profesionales más prevalentes, el síndrome del túnel carpiano, es más común en mujeres entre 40 y 60 años. Es una neuropatía limitante, que puede llegar a provocar gran dolor en el paciente.

Para evitar que la enfermedad se vuelva crónica, es fundamental comprender sus causas, así como las diversas medidas preventivas que se pueden tomar.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/tunel-carpiano-administrativo-ambito-sanitario/>.

Capítulo 682

EL PINCHE DE COCINA Y SU LABOR Y RESPONSABILIDAD EN LA DIETA DE UN PACIENTE CON ALERGIA AL GLUTEN

AMANDA PEÑA VALLE

ANTONIO BACHILLER GONZÁLEZ

1 Introducción

La alergia al gluten, también conocida como enfermedad celíaca, es una afección autoinmune crónica que afecta el sistema digestivo de las personas. La enfermedad celíaca se desencadena por la ingestión de gluten, una proteína que se encuentra en el trigo, la cebada, el centeno y, en menor medida, la avena. Cuando una persona con enfermedad celíaca consume gluten, su sistema inmunológico responde de manera anormal, dañando la mucosa del intestino delgado.

Los síntomas de la enfermedad celíaca pueden variar ampliamente y abarcar problemas digestivos como diarrea, estreñimiento, dolor abdominal y gases, así como síntomas no digestivos, como fatiga, anemia, dolor en las articulaciones, erupciones en la piel y problemas neurológicos. La gravedad de los síntomas también varía de persona a persona.

El diagnóstico de la enfermedad celíaca generalmente se realiza a través de análisis de sangre para detectar marcadores específicos y una confirmación adicional a través de una biopsia intestinal.

La única forma efectiva de tratar la enfermedad celíaca es llevar una dieta estricta sin gluten de por vida. Eliminar completamente el gluten de la dieta suele llevar a la desaparición de los síntomas y la recuperación de la salud intestinal. La vigilancia y la educación sobre la evitación del gluten son esenciales para las personas con enfermedad celíaca, ya que la ingestión accidental de gluten puede causar daño intestinal y síntomas.

Cuando una persona celíaca es hospitalizada, el Pinche de Cocina debe ser escrupuloso a la hora de la preparación y emplatado de su dieta.

2 Objetivos

Explicar la labor del Pinche de Cocina hospitalaria en la elaboración de la dieta de una persona celíaca, que se encuentra hospitalizada.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los cuidados en la preparación de la dieta de un celíaco en hospitales por parte del Pinche de Cocina son de vital importancia para garantizar la salud y el bienestar del paciente. Aquí se detallan algunas consideraciones clave:

Conocimiento y formación: El pinche debe estar bien informado sobre la enfermedad celíaca y comprender a fondo qué alimentos contienen gluten y cuáles son seguros. La formación en seguridad alimentaria y en las pautas específicas de la dieta sin gluten es esencial.

Separación y prevención de contaminación cruzada: Mantener utensilios, superficies y equipos separados y limpios para evitar la contaminación cruzada entre alimentos que contienen gluten y sin gluten. Esto incluye áreas de cocción, almacenamiento y preparación.

Etiquetado y almacenamiento adecuado: Etiquetar claramente los alimentos sin gluten y mantenerlos en áreas designadas para evitar cualquier confusión. Almacenar los productos sin gluten de manera segura para evitar la contaminación.

Selección de ingredientes seguros: Utilizar ingredientes sin gluten de calidad y certificados, como harinas sin gluten y productos de panadería y pastas sin gluten.

En la zona de emplatado, el pinche estará atento a las tarjetas identificativas e individuales de cada paciente, en el que se indica el tipo de dieta a seguir. Cuando en una de esas tarjetas aparezca anotada la alergia al gluten, la bandeja se preparará separada del resto de dietas y así se evitará la contaminación cruzada.

Educación continua: Mantenerse actualizado sobre las últimas pautas y regulaciones relacionadas con la enfermedad celíaca, ya que estas pueden cambiar con el tiempo.

Cumplimiento de las normativas: Asegurarse de que la cocina cumple con las regulaciones de seguridad alimentaria y salud, y que todo el personal esté capacitado y comprometido con la preparación de comidas sin gluten.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad celíaca es una afección seria, y la ingestión accidental de gluten puede causar daño intestinal y síntomas significativos en los pacientes. Los cuidados meticulosos y la atención a los detalles son esenciales en la preparación de alimentos para personas celíacas en entornos hospitalarios. El Pinche de Cocina desempeña un papel fundamental en garantizar que los pacientes con esta afección puedan disfrutar de comidas seguras, nutritivas y deliciosas mientras mantienen su salud en óptimas condiciones.

El Pinche de Cocina debe ser conocedor de todos los tipos de dietas y los alimentos prohibidos en aquellas especiales, debido a que pueden poner en riesgo la salud del paciente.

6 Bibliografía

<https://zonahospitalaria.com/alimentacion-sin-gluten/>

<https://alergiayasma.es/dieta-sin-gluten-para-celiacos-tambien-en-los-hospitales/>

Capítulo 683

EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA: LABOR Y RESPONSABILIDAD CON UN PACIENTE CON INTOLERANCIA A LA LACTOSA

BELÉN MORENO FLORES

ANTONIO BACHILLER GONZÁLEZ

1 Introducción

La importancia de la alimentación en enfermos hospitalizados no puede subestimarse, ya que desempeña un papel fundamental en la recuperación y el bienestar de los pacientes. Aquí se destacan algunos aspectos clave:

- Nutrición para la recuperación: La nutrición adecuada es esencial para apoyar la recuperación de los pacientes enfermos. Los nutrientes proporcionan la energía necesaria para combatir infecciones, reparar tejidos y mantener el funcionamiento óptimo del organismo. Una dieta equilibrada contribuye a una recuperación más rápida y efectiva.
- Prevención de complicaciones: La alimentación adecuada también ayuda a prevenir complicaciones relacionadas con la inmovilidad y la enfermedad, como la pérdida de masa muscular, úlceras por presión y desnutrición. Los pacientes desnutridos son más propensos a experimentar complicaciones médicas y una recuperación más lenta.

-Fortalecimiento del sistema inmunológico: Una dieta rica en nutrientes es fundamental para fortalecer el sistema inmunológico, lo que es especialmente importante para los pacientes que enfrentan infecciones o cirugías. Los nutrientes como las vitaminas y los minerales desempeñan un papel clave en la defensa del organismo contra enfermedades.

-Adaptación a necesidades individuales: En el entorno hospitalario, es esencial adaptar la alimentación a las necesidades dietéticas específicas de cada paciente, como dietas bajas en sodio, sin lactosa o sin gluten. Esto garantiza que la comida sea segura y beneficiosa para el paciente.

-Mejora de la calidad de vida: Una alimentación adecuada no solo impacta en la salud física, sino también en la calidad de vida de los pacientes. Las comidas bien preparadas y atractivas pueden ayudar a aumentar el apetito y mejorar el estado de ánimo de los pacientes hospitalizados.

El pinche como parte importante de la cocina hospitalaria, en cuanto a elaboración, envasado y emplatado de las dietas, tiene una responsabilidad enorme hacia los pacientes.

2 Objetivos

Explicar la actuación y la responsabilidad del Pinche de Cocina en hospitales, ante un paciente con una intolerancia a la lactosa.

3 Metodología

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

4 Resultados

Principales responsabilidades del pinche de cocina ante un paciente con intolerancia a la lactosa:

Conocimiento y capacitación: El pinche de cocina debe estar informado sobre las necesidades dietéticas de los pacientes con intolerancia a la lactosa. Esto incluye

comprender los alimentos que deben evitarse y aquellos que son seguros para su consumo.

Preparación de alimentos sin lactosa: Debe ser capaz de adaptar los platos y preparar comidas que no contengan lactosa. Esto puede incluir la sustitución de ingredientes lácteos por alternativas sin lactosa, como la leche sin lactosa o el queso sin lactosa.

Etiquetado y comunicación: Es importante etiquetar adecuadamente los platos y alimentos para indicar si contienen lactosa o si son seguros para pacientes con intolerancia. La comunicación con el personal de enfermería y dietistas es esencial para asegurarse de que los pacientes reciban la comida adecuada.

Evitar la contaminación cruzada: El pinche de cocina debe tomar medidas para evitar la contaminación cruzada de alimentos con lactosa en los platos sin lactosa. Esto implica utilizar utensilios y áreas de preparación separadas, y prestar especial atención a la higiene en la cocina.

El principio de "marcha hacia adelante" es una herramienta de gran utilizar y que el pinche debe seguir para evitar esta contaminación.

Variedad y equilibrio: A pesar de las restricciones dietéticas, es importante que las comidas sigan siendo equilibradas y apetitosas. El pinche de cocina puede contribuir a la variedad de opciones sin lactosa para garantizar una experiencia culinaria satisfactoria para los pacientes.

Aunque la dieta la confeccionan profesionales en Endocrinología, dietistas y nutricionistas, al elaborar, envasar y emplatado las dietas, el pinche de cocina hospitalario, tiene una gran responsabilidad y debe estar atento en todo momento, a avisos de posibles alergias o intolerancias por parte de los pacientes a los que van indicadas las dietas.

5 Discusión-Conclusión

El papel del pinche de cocina hospitalario es crucial en las dietas de pacientes con intolerancia a la lactosa. Su capacidad para preparar comidas que no contengan lactosa es esencial para evitar síntomas incómodos en estos pacientes, como hinchazón y diarrea. La adaptación de recetas y la selección de ingredientes sin lactosa requieren conocimiento y habilidades específicas. Garantizar que los pacientes reciban alimentos seguros y adecuados es fundamental para su recuperación y bienestar. Además, la colaboración con dietistas y el personal

médico es clave para ofrecer una atención integral y efectiva a los pacientes con intolerancia a la lactosa.

La dieta ha sido diseñada por profesionales en la nutrición, se elabora con materias primas de calidad y con el sumo cuidado, pero cualquier error por parte del pinche de cocina hospitalario, puede dar al traste con todo esto y perjudicar gravemente al paciente.

6 Bibliografía

1. <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-digestivas/intolerancia-lactosa/alimentos-dietas-nutricion>.
2. <https://revistamedica.com/alergias-intolerancias-alimentarias-cocina-hospitalaria/>.

Capítulo 684

INFECCIÓN URINARIA. UNA REVISIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

LORENA ALFARO SÁNCHEZ

MARIA DEL CARMEN CASTRO ALCÁZAR

CASANDRA GONZALEZ FUENTES

JUANAANGELES RUIZ SANCHEZ

PATRICIA SÁNCHEZ

1 Introducción

La infección urinaria es una afección común que afecta a millones de personas en todo el mundo, y su manejo y tratamiento son temas de gran importancia en el campo de la atención médica. En este contexto, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeñan un papel esencial en la detección, prevención y cuidado de los pacientes que padecen esta condición. Esta revisión se centra en la infección urinaria desde la perspectiva de los TCAE, destacando su papel crítico en la atención a los pacientes que la padecen.

La infección urinaria, también conocida como cistitis, es una afección que afecta el sistema urinario, que incluye la vejiga, los riñones, los uréteres y la uretra.

Esta afección se caracteriza por la presencia de bacterias en el tracto urinario, lo que puede causar síntomas incómodos y, en casos graves, complicaciones graves. Las infecciones urinarias pueden manifestarse de diferentes formas, siendo los síntomas más comunes la necesidad frecuente de orinar, la sensación de ardor al orinar, la micción dolorosa, la orina turbia o con olor desagradable, y la presencia de sangre en la orina. En casos graves, la infección urinaria puede provocar fiebre, dolor en la zona abdominal o lumbar, y otros síntomas sistémicos.

Los TCAE desempeñan un papel fundamental en la atención a los pacientes con infecciones urinarias, ya que trabajan estrechamente con el personal de enfermería y otros profesionales de la salud para garantizar una atención integral y de calidad. Su labor abarca desde la identificación de los síntomas iniciales de la infección urinaria hasta la asistencia en la ejecución de procedimientos de diagnóstico y tratamiento.

Una de las funciones clave de los TCAE es la recopilación de información clínica relevante. Esto implica realizar entrevistas a los pacientes para obtener detalles sobre sus síntomas, antecedentes médicos y hábitos de vida, lo que puede ser crucial para el diagnóstico adecuado. Además, colaboran en la recopilación de muestras de orina para análisis, siguiendo protocolos estrictos para garantizar la precisión de los resultados.

Los TCAE también desempeñan un papel importante en la prevención de infecciones urinarias en entornos de atención médica, donde la higiene y la prevención de la propagación de bacterias son esenciales. Esto implica la capacitación y educación de pacientes y sus familias sobre las prácticas de higiene adecuadas y la promoción de la hidratación adecuada para mantener el sistema urinario saludable.

En el proceso de tratamiento, los TCAE a menudo ayudan en la administración de medicamentos prescritos por el personal médico, como antibióticos para combatir la infección. También pueden ser responsables de monitorear los signos vitales de los pacientes y proporcionar cuidados de apoyo, como alivio del dolor y confort.

2 Objetivos

- Proporcionar información precisa y actualizada sobre la infección urinaria, incluyendo su definición, causas, síntomas, diagnóstico y tratamiento.
- Resaltar la importancia de la prevención de infecciones urinarias. Esto puede incluir recomendaciones sobre prácticas de higiene adecuadas, promoción de la hidratación y la concienciación sobre factores de riesgo.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las infecciones urinarias son afecciones comunes que pueden afectar a personas de todas las edades. Se producen cuando los microorganismos, como las bacterias, ingresan y se multiplican en el sistema urinario.

Los síntomas comunes de una infección urinaria incluyen dolor o ardor al orinar, urgencia urinaria, aumento de la frecuencia urinaria, orina turbia o con mal olor, y a veces fiebre.

Las infecciones urinarias se dividen en dos categorías principales: infección del tracto urinario inferior (cistitis) e infección del tracto urinario superior (pielonefritis). La cistitis afecta principalmente la vejiga, mientras que la pielonefritis involucra los riñones.

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería pueden participar en la recopilación de información sobre los síntomas del paciente, ayudar con la recolección de muestras de orina para el análisis y ayudar en la realización de pruebas diagnósticas, como el análisis de orina y la cultura de orina. El papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el manejo de infecciones urinarias es crucial para brindar una atención de calidad y apoyar a los pacientes bajo la supervisión de enfermeros y médicos. Algunas de las responsabilidades específicas de un técnico en cuidados auxiliares de enfermería en relación con las infecciones urinarias incluyen:

1. Recopilación de información del paciente: Obtener un historial médico completo y preguntar al paciente sobre sus síntomas es una parte esencial del proceso de evaluación. Los técnicos deben ser capaces de registrar con precisión la información relevante, como la duración de los síntomas, la gravedad del dolor, la frecuencia urinaria y otros síntomas relacionados.
2. Recolección de muestras: Ayudar en la recolección de muestras de orina es una tarea importante. Esto incluye proporcionar instrucciones al paciente sobre cómo recoger la muestra de manera adecuada y asegurarse de que la muestra se almacene y etiquete correctamente para su análisis.

3. Asistencia en pruebas diagnósticas: Los técnicos pueden ayudar en la realización de pruebas diagnósticas, como el análisis de orina y la cultura de orina. Esto puede implicar la preparación de los materiales necesarios y la entrega de las muestras al laboratorio.

4. Administración de medicamentos: Si se prescribe un tratamiento con antibióticos, los técnicos pueden ser responsables de administrar los medicamentos según las indicaciones. Deben asegurarse de que los pacientes tomen los medicamentos en el horario adecuado y sigan el curso completo del tratamiento.

5. Monitoreo de síntomas: Los técnicos deben estar atentos a cualquier cambio en los síntomas de los pacientes, especialmente en casos de infecciones urinarias graves o complicadas. Deben informar a los enfermeros o médicos sobre cualquier deterioro en la condición del paciente.

6. Educación al paciente: Proporcionar información al paciente sobre la infección urinaria, su tratamiento y las medidas preventivas es esencial. Los técnicos pueden explicar la importancia de beber suficiente agua, mantener una buena higiene y seguir las recomendaciones médicas.

7. Cuidado del paciente con catéter urinario: Si un paciente tiene un catéter urinario, los técnicos pueden desempeñar un papel importante en el cuidado de este dispositivo, asegurándose de que esté limpio y funcionando correctamente para prevenir infecciones relacionadas con catéteres.

8. Comunicación interprofesional: Los técnicos deben comunicar de manera efectiva con el equipo de atención médica, incluidos los enfermeros y médicos, para garantizar una atención integral y coordinada para los pacientes con infecciones urinarias.

En resumen, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel esencial en el cuidado de pacientes con infecciones urinarias al proporcionar atención directa, apoyo en pruebas diagnósticas, administración de medicamentos y educación al paciente, contribuyendo así a la recuperación y el bienestar de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el manejo de infecciones urinarias es de gran importancia en el ámbito de la atención médica. Estos profesionales desempeñan un papel fundamental en la atención a pacientes con infecciones urinarias, brindando apoyo en la recopilación de información del paciente, la recolección de muestras de orina, la administración de medicamentos, la asistencia en pruebas diagnósticas y la educación al paciente.

También son responsables de monitorear y comunicar cualquier cambio en la condición del paciente y trabajar en estrecha colaboración con el equipo de atención médica.

El trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería contribuye a garantizar que los pacientes reciban una atención de calidad y que las infecciones urinarias se diagnostiquen y traten de manera efectiva. Su dedicación y cuidado desempeñan un papel esencial en la recuperación y el bienestar de los pacientes con este tipo de afección.

6 Bibliografía

1. "Infecciones Urinarias: Diagnóstico, Tratamiento y Prevención" por Vicente Negro Álvarez-Santullano y José Pablo Miramontes González.
2. "Infecciones Urinarias en Pediatría" por Eduardo Villamonte Moreno.
3. "Cuidados de Enfermería en el Paciente con Infección del Tracto Urinario" por Carmen Solano Rodríguez.
4. "Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica: Cuidados de Enfermería en el Paciente con Infección" por Susana Castellanos Tena y otros.
5. "Protocolos de Urología" por Pedro-Javier González-Rivas y otros.

Capítulo 685

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PACIENTE TERMINAL EN EL DOMICILIO

LORENA ALFARO SÁNCHEZ

MARIA DEL CARMEN CASTRO ALCÁZAR

CASANDRA GONZALEZ FUENTES

JUANAANGELES RUIZ SANCHEZ

PATRICIA SÁNCHEZ

1 Introducción

La atención a pacientes terminales en el entorno de su hogar es un componente fundamental de la atención médica actual, y en este contexto, el rol del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) adquiere una relevancia inigualable. Este profesional desempeña una función esencial al brindar cuidados integrales y apoyo emocional a personas que se encuentran en las etapas avanzadas de enfermedades crónicas o terminales, permitiéndoles transitar sus últimos momentos de vida en un ambiente familiar y confortable.

La atención en el domicilio para pacientes terminales no solo busca proporcionar comodidad y calidad de vida en los momentos más delicados, sino también aliviar

la presión sobre los sistemas de salud y los hospitales, permitiendo que los recursos se concentren en otras áreas de atención médica. Además, ofrece a los pacientes la oportunidad de estar rodeados de sus seres queridos, lo que contribuye significativamente a su bienestar emocional y espiritual durante esta etapa tan sensible.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería desempeña un papel multifacético en el cuidado de pacientes terminales en el domicilio. Su formación y experiencia le permiten llevar a cabo tareas cruciales, como la administración de medicamentos, el control de síntomas, la asistencia en la higiene personal, la movilización del paciente si es necesario, la colaboración en la gestión del dolor y el apoyo emocional tanto al paciente como a sus familiares. Su presencia y habilidades son un faro de esperanza y consuelo en un momento de la vida que puede ser sumamente desafiante.

Además de las tareas prácticas, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería también desempeña un papel esencial como comunicador y facilitador de la atención médica. Trabaja en estrecha colaboración con el equipo médico y otros profesionales de la salud para garantizar que el paciente reciba la atención adecuada y coordina las necesidades cambiantes del paciente con los recursos disponibles en el hogar.

2 Objetivos

El objetivo primordial es conocer como proporcionar cuidados integrales y de alta calidad al paciente terminal en su domicilio. Esto implica garantizar su comodidad, manejar los síntomas de manera efectiva y velar por su bienestar físico y emocional.

Saber como trabajar en estrecha colaboración con el equipo médico para controlar los síntomas del paciente, como el dolor, la dificultad para respirar, la fatiga y otros, con el fin de mejorar su calidad de vida y aliviar su sufrimiento.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 fundamental en el cuidado de pacientes terminales en el domicilio. Su labor se centra en proporcionar atención de calidad y apoyo tanto al paciente como a su familia en esta fase tan delicada. A continuación, se presentan algunos resultados clave relacionados con el rol del TCAE en el cuidado de pacientes terminales en el domicilio:

1. Atención personalizada: el TCAE brinda atención personalizada a pacientes terminales, teniendo en cuenta sus necesidades específicas y respetando sus preferencias y deseos en la medida de lo posible.
2. Control de Síntomas: los TCAE ayudan a controlar los síntomas de los pacientes terminales, como el dolor, la dificultad para respirar y otros malestares, administrando medicamentos según las indicaciones del equipo médico.
3. Apoyo emocional: ofrecen apoyo emocional tanto al paciente como a su familia, escuchando sus preocupaciones y proporcionando consuelo en momentos difíciles.
4. Cuidados de higiene: realizan cuidados de higiene, como el baño y el cambio de ropa de cama, para mantener la comodidad del paciente y prevenir complicaciones.
5. Movilización y posicionamiento: ayudan a movilizar y posicionar al paciente para prevenir úlceras por presión y mejorar la comodidad.
6. Alimentación y nutrición: ayudan en la alimentación del paciente, adaptando la dieta según las indicaciones médicas y garantizando la ingesta adecuada de nutrientes.
7. Comunicación interprofesional: colaboran estrechamente con el equipo médico y de enfermería para garantizar un cuidado integral y coordinado del paciente.
8. Educación a la familia: educan a la familia sobre cómo cuidar al paciente en casa, incluyendo la administración de medicamentos y la atención de síntomas específicos.
9. Documentación de cuidados: mantienen registros precisos de los cuidados proporcionados y los cambios en el estado del paciente para facilitar la comunicación entre los profesionales de la salud.
10. Ética y Empatía: siempre actúan con ética y empatía, respetando la dignidad y los derechos del paciente y su familia.

Es importante destacar que el trabajo del TCAE en el cuidado de pacientes terminales en el domicilio requiere una formación adecuada y una sensibilidad especial hacia las necesidades emocionales y físicas de las personas en esta etapa

de la vida. Además, la colaboración efectiva con el equipo de atención médica es esencial para garantizar la mejor calidad de cuidado posible.

El papel del TCAE en el cuidado de pacientes terminales en el domicilio es de suma importancia para proporcionar una atención integral y de calidad. A lo largo de esta descripción, hemos destacado una serie de aspectos clave que resaltan la relevancia de este profesional en este contexto de atención sanitaria.

En primer lugar, el TCAE se destaca por brindar una atención altamente personalizada, reconociendo la singularidad de cada paciente terminal y adaptando los cuidados de acuerdo con sus necesidades y deseos individuales. Este enfoque centrado en el paciente contribuye significativamente a mejorar la calidad de vida en esta etapa delicada.

La gestión de los síntomas es otro aspecto crucial de la labor del TCAE. Estos profesionales se encargan de aliviar el dolor y otros malestares, proporcionando medicamentos y tratamientos necesarios, siempre bajo la supervisión y las indicaciones del equipo médico. Esto no solo garantiza el confort del paciente, sino que también ayuda a reducir el estrés y la ansiedad que pueden acompañar a una enfermedad terminal.

El apoyo emocional es igualmente esencial. El TCAE actúa como un pilar de apoyo tanto para el paciente como para la familia, brindando consuelo, escuchando preocupaciones y proporcionando un ambiente de comprensión en un momento emocionalmente desafiante.

Los cuidados de higiene, la movilización y el posicionamiento son aspectos prácticos de la atención que el TCAE lleva a cabo para prevenir complicaciones físicas y mantener la comodidad del paciente. También se encargan de aspectos fundamentales como la alimentación y la nutrición, asegurando que el paciente reciba la dieta adecuada según las indicaciones médicas.

El trabajo del TCAE no es solamente práctico, sino que también implica una comunicación efectiva con el equipo médico y de enfermería. Esto garantiza que la atención sea coordinada y que cualquier cambio en el estado del paciente se documente adecuadamente.

La educación a la familia es otra dimensión importante del trabajo del TCAE. Al capacitar a los familiares sobre cómo cuidar al paciente en casa, se contribuye a mejorar la calidad de vida del paciente y se alivia la carga emocional y física de la familia.

En resumen, el TCAE desempeña un papel insustituible en el cuidado de pacientes terminales en el domicilio. Su combinación de habilidades técnicas, empatía y compromiso con el bienestar del paciente y su familia lo convierte en un componente esencial del equipo de atención en esta etapa tan significativa de la

vida. Su labor se basa en el respeto a la dignidad y los derechos del paciente, y su contribución es invaluable para garantizar una atención integral y de calidad en el contexto de cuidados paliativos en el hogar.

5 Discusión-Conclusión

El papel del TCAE en el cuidado de pacientes terminales en el domicilio es de vital importancia. Su capacidad para proporcionar atención compasiva, apoyo emocional y cuidados básicos es esencial para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias en esta etapa tan delicada.

En conclusión, el TCAE desempeña un rol fundamental en la atención de pacientes terminales en el hogar, contribuyendo no solo a aliviar el sufrimiento físico, sino también brindando confort y acompañamiento en momentos difíciles. Su labor es esencial para promover una muerte digna y proporcionar un entorno de cuidado que fomente la dignidad y el respeto hacia el paciente, lo que a su vez puede aliviar la carga emocional de las familias. En este sentido, su trabajo va más allá de la técnica y se centra en el aspecto humano de la atención médica.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. "Cuidados auxiliares básicos del paciente terminal" de María del Carmen Ruíz García y César Aranda Ramírez.
5. "Atención de enfermería en pacientes terminales" de Jorge Rodríguez Barrios.
6. "Cuidados paliativos en el domicilio: Una guía práctica" de Jorge Hernán Palacios Aguiar.
7. "Enfermería en cuidados paliativos" de Fernando Domínguez Borrajo.
8. "Cuidados auxiliares en enfermería en pacientes terminales y geriatría" de Consolación Rodríguez Sánchez.

Capítulo 686

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL LABORATORIO

LUCIO VICENTE MITMA

1 Introducción

En todos los hospitales y centros de salud la cara visible a la hora de atender a los pacientes y usuarios son los auxiliares administrativos, no es de extrañar que ocurra lo mismo en el servicio de laboratorio, ya se para dar resultados de análisis o recibir muestras de los pacientes.

Son el primer contacto que tienen los pacientes y usuarios a la hora de solicitar una prestación en los distintos servicios que prestan los hospitales.

Conocer el manejo de los distintos programas que se utilizan en el puesto de un auxiliar administrativo dentro del laboratorio es muy importante, para su adecuado registro de los volantes, para así luego dar inicio al adecuado análisis de las muestras que llegan al laboratorio, ya sea, que lo hayan enviado de los distintos centros de salud (volantes de primaria), volantes de los distintos hospitales que se extraen la muestra en los centros de salud, de las consultas, urgencias, desde planta. Sala de extracción o recibidos en el mismo mostrador del laboratorio.

Además, la figura del auxiliar administrativo está en permanente colaboración con los bioquímicos, microbiólogos o técnicos de laboratorio, ya sea para dar aviso de las distintas ampliaciones de pruebas que recibe de los médicos especialistas o médicos de primaria (médicos de cabecera).

2 Objetivos

Exponer las funciones que debe llevar a cabo el auxiliar administrativo en el servicio del laboratorio.

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 como PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La persona que esté en el puesto de auxiliar administrativo en el laboratorio, necesitan estar muy bien formado, porque en dicho puesto se requiere de conocer programas de uso exclusivos en el laboratorio, conocer códigos de las distintas pruebas para luego introducir manualmente en el programa, por ejemplo: volantes que nos llegan de otros hospitales, peticiones de centros de salud, etc. Como resultado, lo que debe saber realizar, principalmente, el auxiliar administrativo en el laboratorio son:

- Recepción y comprobar que estén validados los volantes que nos envían desde planta, urgencias o desde consultas, etc.
- Imprimir (programa OMEGA 3000 imprimir informe) resultados de las peticiones que nos llegaron desde otros hospitales (hospitales de otras áreas) y su posterior envío por carta.
- Hacer envío (programa OMEGA 3000), por orden de la bioquímica, de las peticiones que van a otros laboratorios (HUCA).
- Recepción y etiquetado (programa Selene- Autoetiquetado de petición) de las muestras que nos llegan por ventanilla, y llevar la muestra donde corresponda (bioquímica, microbiología o banco de sangre).
- Validar los volantes (programa OMEGA 3000) del hospital (Hospital de área) que nos llegan desde centros de salud y registrar las peticiones que nos llegan de otros hospitales (hospitales de otras áreas o comunidad) que hicieron extracción en centros de salud.

- Comprobar que hayan entrado todas las peticiones de los centros de salud desde un programa (acceso a listados).
- Hacer fotocopia de volantes que entre sus pruebas tengan una petición de cromosomopatías (volante verde) o quantiferon.
- Recibir y enviar a laboratorio externo peticiones seleccionadas por los microbiólogos y bioquímicos (programa Reference).
- Imprimir y entregar resultados si vienen a recogerlos por ventanilla.
- Avisar de las ampliaciones que nos solicitan los médicos, a los técnicos de laboratorio.
- Ensobrar las peticiones del día y su respectivo archivo.
- Los viernes antes de finalizar la jornada de trabajo realizar la unificación de historias.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación llevada a cabo se confirma que la figura del auxiliar administrativo es muy importante en los hospitales, centros de salud y en los demás departamentos.

Se destaca la importancia de que los auxiliares administrativos en el laboratorio y los del centro de salud tienen que tener una adecuada sincronización, por ejemplo: si el auxiliar administrativo del centro de salud, a la hora de citar al paciente en la agenda de extracción, no arrastra la petición adecuada, no será posible realizar el adecuado análisis de la muestra que nos envían.

Además de realizar las diferentes tareas ya mencionadas, deben ser capaces de llevarlas a cabo de una manera fácil y sencilla, tener un buen trato con el paciente y, sobre todo, saber atender sus dudas de la mejor manera posible.

6 Bibliografía

1. <https://www.inap.es/cuerpo-general-auxiliar-de-la-administracion-del-estado>.
2. <https://www.euroinnova.edu.es/blog/tareas-de-un-auxiliar-administrativo>.

Capítulo 687

EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA PLANTA DE GINECOLOGÍA DE UN HOSPITAL PÚBLICO

MARÍA ELENA DÍAZ DE LA CRUZ

ANA BELEN RIPIERO CARBONELL

ISABEL GONZÁLEZ GARCÍA

1 Introducción

La planta de ginecología de un hospital público es una unidad médica especializada dedicada a la atención de las mujeres en todas las etapas de su vida reproductiva, desde la adolescencia hasta la menopausia. Su enfoque principal es el cuidado de la salud ginecológica, que abarca una amplia gama de servicios, incluyendo la prevención, diagnóstico y tratamiento de condiciones médicas específicas de la anatomía y fisiología femenina.

En la planta de ginecología, se brindan servicios que incluyen exámenes ginecológicos de rutina, asesoramiento sobre anticoncepción, atención prenatal y obstétrica, cirugía ginecológica, diagnóstico y tratamiento de enfermedades del sistema reproductor femenino, y servicios de planificación familiar. Además, se ofrecen servicios de apoyo psicológico y emocional a las pacientes, especialmente en situaciones delicadas como la pérdida gestacional o el diagnóstico de enfermedades ginecológicas.

El equipo de atención en la planta de ginecología está compuesto por ginecólogos, enfermeras ginecológicas, obstetras, enfermeras obstétricas, técnicos y otros profesionales de la salud con experiencia en el cuidado de la salud de la mujer. La comunicación abierta y la confidencialidad son fundamentales en esta área, ya que se abordan temas íntimos de la vida de las pacientes. La planta de ginecología desempeña un papel esencial en la promoción de la salud de la mujer, la prevención de enfermedades y el apoyo a las mujeres en su viaje a la maternidad o en el manejo de afecciones ginecológicas. Además, cumple un papel importante en la educación y la investigación en el campo de la ginecología.

2 Objetivos

Exponer las funciones del auxiliar administrativo en la planta de ginecología de un hospital público para mostrar el funcionamiento de esta figura

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 auxiliar administrativo en una planta de ginecología hospitalaria juega un papel esencial en el funcionamiento eficiente de esta área de atención médica. Sus funciones abarcan una variedad de tareas administrativas y de apoyo que son vitales para garantizar que la atención a las pacientes sea fluida y bien organizada. A continuación, se describen algunas de las funciones clave de un auxiliar administrativo en la planta de ginecología hospitalaria:

Recepción y registro de pacientes: El auxiliar administrativo recibe a las pacientes en la planta, registra su llegada, verifica su información personal y las direcciona al área correspondiente para su atención médica.

Programación de citas: Gestiona el calendario de citas médicas, tanto para consultas regulares como para procedimientos específicos, coordinando horarios para

garantizar la eficiencia y minimizar las esperas.

Gestión de expedientes médicos: Lleva un registro actualizado de los expedientes médicos de las pacientes, asegurándose de que estén completos y correctamente archivados.

Comunicación interna y externa: Facilita la comunicación entre el personal médico, las pacientes y otros departamentos del hospital, asegurándose de que la información fluya de manera efectiva.

Manejo de información confidencial: Garantiza la confidencialidad de la información médica de las pacientes y cumple con las regulaciones de privacidad de datos.

Atención telefónica: Responde llamadas telefónicas, proporcionando información general, agendando citas y conectando llamadas con el personal médico.

Tramitación de documentación: Prepara y tramita documentos médicos y administrativos, como formularios de consentimiento, informes de laboratorio y otros registros.

Facturación y seguros: Colabora en la facturación de servicios médicos y verifica la información de seguros médicos de las pacientes.

Atención al público: Brinda asistencia y orientación a las pacientes y sus familiares, resolviendo sus inquietudes y ofreciendo un servicio amable y profesional.

Gestión de suministros: Mantiene el inventario de suministros de oficina y clínicos, realizando pedidos cuando sea necesario para asegurar un flujo de trabajo sin interrupciones.

Registro de estadísticas: Lleva un registro de estadísticas y métricas relacionadas con la atención médica en la planta de ginecología, lo que puede ser útil para evaluar la eficiencia y calidad de los servicios.

El auxiliar administrativo es un punto de apoyo vital en la planta de ginecología hospitalaria, contribuyendo a la atención integral de las pacientes y al funcionamiento sin problemas de la clínica. Su capacidad para mantener registros precisos, gestionar la comunicación y proporcionar un servicio amable es fundamental para la satisfacción de las pacientes y la efectividad del equipo médico.

5 Discusión-Conclusión

Para mejorar la documentación en la planta de ginecología del hospital, es esencial mantener un enfoque en la precisión, la organización y la confidencialidad de la información. Aquí te ofrezco algunas recomendaciones clave:

En primer lugar, aseguremonos de que todos los registros médicos estén completos y actualizados de manera constante. Esto implica registrar toda la información de manera clara y legible, incluyendo notas médicas, resultados de pruebas y datos de pacientes. La precisión es esencial, ya que cualquier error podría tener un impacto significativo en la atención de las pacientes.

En segundo lugar, es fundamental mantener una organización eficiente de los expedientes médicos. Esto implica utilizar un sistema de archivo claro y coherente, lo que facilitará la recuperación de información cuando sea necesario. Además, se deben seguir las normativas de privacidad de datos para proteger la confidencialidad de la información de las pacientes.

Finalmente, fomentemos la comunicación abierta y eficaz entre el personal médico y administrativo. Esto incluye la transmisión de información relevante de manera oportuna y la disposición para resolver preguntas y aclarar dudas. La colaboración y la coordinación son clave para un registro de información exitoso en una planta de ginecología.

6 Bibliografía

Pedreño, A. P., González, E. P., Iglesias, J. L. S., Montesdeoca, G. E., García, D. B., Rodríguez, J. M. R., & de Cirugía Ginecológica, G. D. T. REHABILITACIÓN MULTIMODAL EN PATOLOGÍA GINECOLÓGICA BENIGNA: HISTERECTOMÍA Y MIOMECTOMÍA Guía de Asistencia Práctica actualizada en octubre de 2020.

Capítulo 688

EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA PLANTA DE PARTOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO

MARÍA ELENA DÍAZ DE LA CRUZ

ANA BELEN RIPIERO CARBONELL

ISABEL GONZÁLEZ GARCÍA

1 Introducción

El área de partos en un hospital es un entorno especialmente diseñado y equipado para brindar atención a las mujeres embarazadas durante el proceso de parto y parto. Este espacio está diseñado pensando en la comodidad, la seguridad y la atención médica de alta calidad para la madre y el bebé.

En el área de partos, encontrarás habitaciones privadas o salas de parto donde las mujeres dan a luz con la asistencia de personal médico especializado, como obstetras y matronas. Estas habitaciones suelen estar equipadas con camas ajustables, monitores fetales, suministros médicos y equipos para el parto.

La seguridad es una prioridad en el área de partos, con protocolos establecidos para la monitorización constante de la madre y el bebé. También se presta especial atención al alivio del dolor y al bienestar emocional de la madre durante el proceso.

El área de partos es un lugar donde la familia a menudo puede estar presente para apoyar a la madre, y se brinda apoyo emocional a las familias en un momento

tan significativo. Además, después del parto, se proporciona atención postparto a la madre y el recién nacido para garantizar que estén en buen estado de salud antes de ser trasladados a otra área del hospital o darles el alta.

El área de partos es un componente vital de un hospital que brinda atención especializada durante el proceso de parto y parto, con un enfoque en la seguridad, el bienestar de la madre y el bebé, y el apoyo a la familia.

2 Objetivos

Exponer las funciones del auxiliar administrativo en el área de partos de un hospital público.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa, en una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

El auxiliar administrativo desempeña un papel fundamental en el área de partos de un hospital, contribuyendo a garantizar que el proceso de parto y atención a las pacientes sea fluido y bien organizado. A continuación, se describen algunas de las funciones clave de un auxiliar administrativo en el área de partos:

Recepción y registro de pacientes: El auxiliar administrativo recibe a las pacientes en el área de partos, verifica su información personal y registra su llegada. Esto incluye la confirmación de la identidad de la paciente y la revisión de su historial médico previo.

Gestión de documentos y expedientes médicos: Lleva un registro actualizado de los expedientes médicos de las pacientes en trabajo de parto, asegurándose de

que estén completos y disponibles para el personal médico. También colabora en la preparación de documentación relacionada con el proceso de parto.

Coordinación de citas y procedimientos: Ayuda en la programación de citas para partos programados y asegura que los espacios estén reservados para las pacientes que ingresan en trabajo de parto. Coordinar las citas y procedimientos es esencial para garantizar una atención eficiente.

Comunicación interna y externa: Facilita la comunicación entre el personal médico, las pacientes y sus familiares. Puede ayudar a conectar llamadas telefónicas, transmitir mensajes importantes y brindar información general sobre el proceso de parto.

Control de acceso y seguridad: Asegura que solo el personal autorizado y las personas permitidas tengan acceso al área de partos, contribuyendo a mantener un entorno seguro y privado.

Manejo de suministros y equipamiento: Colabora en la gestión de suministros médicos y asegura que los equipos necesarios estén disponibles y en buen estado de funcionamiento. Esto es fundamental para el éxito de cualquier procedimiento de parto.

Atención a pacientes y familiares: Brinda asistencia y orientación a las pacientes y sus familiares, ayudando a resolver sus inquietudes y proporcionando apoyo emocional en un momento tan importante.

Seguimiento de protocolos de privacidad y confidencialidad: Garantiza que se cumplan los protocolos de privacidad de datos y confidencialidad de la información médica de las pacientes.

El auxiliar administrativo en el área de partos es un nexo vital entre las pacientes, sus familias y el personal médico. Su capacidad para mantener registros precisos, coordinar citas, gestionar documentos y brindar atención amable y efectiva es esencial para una atención de parto de alta calidad y sin complicaciones. Además, contribuye al bienestar emocional de las pacientes y sus familias en este momento tan significativo.

5 Discusión-Conclusión

Para mejorar la documentación en el servicio de partos del hospital, es esencial adoptar prácticas eficientes que garanticen un registro preciso y completo de la información médica de las pacientes. Aquí van algunas recomendaciones clave:

En primer lugar, promovamos la estandarización de los procedimientos de documentación. Esto incluye el uso de formularios y registros médicos uniformes para asegurar que ninguna información relevante quede fuera.

En segundo lugar, enfatizamos la importancia de la actualización constante de los expedientes médicos. Es fundamental que el personal registre cualquier cambio en el estado de la paciente y en los procedimientos médicos realizados de manera oportuna.

Además, instauremos un sistema de verificación de datos para minimizar errores. Una revisión rutinaria de los registros puede ayudar a detectar discrepancias y corregirlas antes de que se conviertan en problemas.

Finalmente, fomentemos la formación continua del personal en prácticas de documentación. Un personal bien informado y capacitado es fundamental para garantizar que los registros sean completos y precisos.

En resumen, una documentación eficiente en el servicio de partos del hospital es crucial para la seguridad y la calidad de la atención. Siguiendo estas recomendaciones, podemos mejorar la documentación y asegurarnos de que cada paso del proceso de parto se registre de manera adecuada.

6 Bibliografía

Díaz, S. A., & Zapata, N. A. (2021). Análisis de la gestión administrativa y la calidad del servicio en la atención de los partos humanizados en un hospital nacional de Lima. *INNOVA Research Journal*, 6(1), 18-30.

Capítulo 689

EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA PLANTA DE RAYOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO

ANA BELEN RIPIERO CARBONELL

ISABEL GONZÁLEZ GARCÍA

MARÍA ELENA DÍAZ DE LA CRUZ

1 Introducción

El área de rayos en un hospital, también conocida como el servicio de radiología, es un componente esencial de la atención médica moderna. Se dedica a la obtención de imágenes médicas mediante diversas técnicas de diagnóstico por imágenes, como radiografías, tomografías computarizadas (TC), resonancias magnéticas (RM), ecografías y otros procedimientos especializados. Su función principal es proporcionar información visual de alta calidad que ayuda en el diagnóstico y seguimiento de una amplia variedad de condiciones médicas.

El personal en el área de rayos incluye técnicos de radiología, radiólogos, y otros profesionales de la salud especializados en la interpretación de las imágenes. Trabajan en estrecha colaboración con médicos de diferentes especialidades para brindar diagnósticos precisos y guiar tratamientos efectivos.

Además de su función diagnóstica, el área de rayos desempeña un papel crucial en la atención de emergencias y procedimientos quirúrgicos al proporcionar imá-

genes en tiempo real que permiten a los cirujanos guiar sus intervenciones con precisión.

El área de rayos en un hospital es un componente vital de la atención médica que utiliza técnicas de diagnóstico por imágenes para proporcionar información esencial en el diagnóstico y tratamiento de pacientes. Su tecnología avanzada y personal altamente capacitado contribuyen significativamente a la calidad y precisión de la atención médica moderna.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del auxiliar administrativo en la planta de rayos para poder mejorar en conocimientos

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 el área de rayos de un hospital desempeña un papel fundamental en la gestión y coordinación de actividades administrativas para garantizar el funcionamiento eficiente de este servicio esencial de diagnóstico por imágenes. A continuación, se describen sus funciones en detalle:

- Registro de pacientes: El auxiliar administrativo se encarga de registrar a los pacientes que acuden al área de rayos, verificando su información personal, asignando números de identificación y asegurándose de que se respeten los protocolos de privacidad y confidencialidad.
- Programación de citas: Gestiona la programación de citas para los pacientes que necesitan estudios de diagnóstico por imágenes, coordinando horarios y disponibilidad de equipos para garantizar una atención eficiente.

- Historiales y documentación: Lleva un registro actualizado de los historiales médicos de los pacientes y asegura que la documentación, como los consentimientos informados, esté completa y correctamente archivada.
- Coordinación con el personal técnico: Colabora con los técnicos en radiología para programar los estudios, asegurarse de que los pacientes estén preparados adecuadamente y mantener un flujo de trabajo eficiente en las salas de radiología.
- Facturación y seguros: Ayuda en la facturación de los servicios prestados, verifica la cobertura de seguros y asiste a los pacientes en la comprensión de los costos asociados con los estudios.
- Control de acceso y seguridad: Asegura que solo el personal autorizado y los pacientes tengan acceso a las áreas de radiología, manteniendo así la seguridad y privacidad de los pacientes.
- Comunicación interna y externa: Facilita la comunicación entre el personal médico, los pacientes y sus familias, transmitiendo mensajes importantes y proporcionando información general sobre los procedimientos de diagnóstico por imágenes.
- Gestión de suministros: Colabora en la gestión de suministros médicos y asegura que los equipos necesarios estén disponibles y en buen estado de funcionamiento.
- Seguimiento de protocolos de calidad y seguridad: Garantiza que se sigan los protocolos de calidad y seguridad en la atención de pacientes y en el manejo de equipos radiológicos.

El auxiliar administrativo en el área de rayos es un elemento clave para que el servicio funcione sin problemas y se cumplan los estándares de atención. Su habilidad para mantener registros precisos, coordinar citas, gestionar documentación y brindar atención amable y efectiva es fundamental para garantizar una atención de diagnóstico por imágenes de alta calidad en el hospital.

5 Discusión-Conclusión

Para mejorar la documentación en futuros proyectos en la consulta de rayos del hospital, es esencial implementar prácticas efectivas de gestión de registros y tecnología. En primer lugar, se deben establecer pautas claras de documentación que estandaricen el proceso, asegurando que se registren de manera completa y

precisa todos los datos relevantes, como la información del paciente, las dosis de radiación y las observaciones clínicas.

La incorporación de sistemas de registro electrónico agiliza la documentación y reduce errores manuales. Además, la capacitación continua del personal en el uso de estos sistemas es fundamental. La implementación de códigos y etiquetas estandarizados facilita la búsqueda y recuperación de registros, mejorando la eficiencia. También es esencial promover una cultura de documentación precisa y oportuna, con énfasis en la importancia de mantener la confidencialidad y la integridad de los datos. Mejorar la documentación en la consulta de rayos no solo facilita el seguimiento de la atención del paciente, sino que también contribuye a la investigación y el desarrollo de futuros proyectos en medicina radiológica.

6 Bibliografía

Tercero Robleto, K. M. (2019). Satisfacción de los usuarios del área de rayos X. servicio de imagenología, Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, Managua Nicaragua, Febrero-Marzo 2019.

Capítulo 690

TÉCNICO ESPECIALISTA EN TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN: ADMINISTRACIÓN DE DATOS DE PACIENTES EN HOSPITALES

ISMAEL CARRETERO AMORES

1 Introducción

En el contexto actual de avances tecnológicos, la gestión de datos de pacientes en entornos hospitalarios se ha convertido en un componente crítico y transformador de la atención médica moderna. La digitalización de los registros médicos y la adopción de sistemas de información médica han revolucionado la forma en que los hospitales recopilan, almacenan y acceden a la información clínica. Este cambio no solo ha impulsado la eficiencia operativa de los hospitales, sino que también ha elevado la calidad de la atención al paciente y ha redefinido la toma de decisiones médicas.

La figura del técnico especialista en tecnologías de la información (TI) adquiere un rol preeminente en este escenario. Estos profesionales se encuentran en la vanguardia de la gestión de datos de pacientes, ya que son responsables de diseñar, implementar y mantener sistemas de gestión de datos robustos y seguros. Este artículo profundiza en los aspectos cruciales de la gestión de datos de pacientes en centros hospitalarios, destacando su trascendencia y el papel fundamental que desempeñan los técnicos en TI en este proceso.

La digitalización y la gestión de datos de pacientes en hospitales no solo se traducen en una transformación tecnológica, sino también en un cambio cultural

en la atención médica. La movilidad y la accesibilidad de la información médica han mejorado sustancialmente, lo que resulta en diagnósticos más precisos y tratamientos más oportunos. Además, el acceso en tiempo real a datos críticos permite a los profesionales de la salud colaborar eficazmente, incluso cuando se encuentran en ubicaciones geográficamente distantes. Esto ha demostrado ser invaluable, especialmente en situaciones de emergencia y en la coordinación de equipos médicos multidisciplinarios.

La importancia de la gestión de datos de pacientes va más allá de la eficiencia y la accesibilidad. También se refleja en la seguridad y la confidencialidad de la información de los pacientes. Los técnicos en TI trabajan incansablemente para diseñar sistemas que cumplan con las estrictas regulaciones de privacidad de datos y que protejan la información sensible de los pacientes contra amenazas cibernéticas en constante evolución. La integridad y la confidencialidad de los datos son principios fundamentales que guían cada paso en la gestión de datos de pacientes en hospitales.

2 Objetivos

Exponer los aspectos clave en relación con la gestión de datos de pacientes en centros sanitarios por parte del técnico especialista en tecnologías de la información.

3 Metodología

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

4 Resultados

La implementación exitosa de la gestión de datos de pacientes implica una metodología sólida y bien planificada:

Implementación de un sistema EMR o actualización de uno existente: El primer paso puede implicar la selección e implementación de un sistema EMR adecuado

para el hospital o la actualización de uno existente para satisfacer las necesidades actuales.

Capacitación del personal médico en el uso del sistema: Los técnicos en TI desempeñan un papel fundamental en la formación del personal médico para asegurarse de que utilicen el sistema de manera eficiente y efectiva.

Desarrollo de políticas y protocolos de seguridad de datos: La ciberseguridad es una preocupación principal. Los técnicos en TI colaboran con expertos en seguridad para desarrollar políticas y protocolos que protejan la información de los pacientes.

Evaluación de la interoperabilidad con otros sistemas hospitalarios: La interoperabilidad entre sistemas es esencial para que los datos fluyan sin problemas entre diferentes departamentos y sistemas dentro del hospital.

Auditorías regulares para garantizar el cumplimiento normativo: Se realizan auditorías periódicas para asegurar que el sistema cumple con las regulaciones y normativas de privacidad de datos.

Los resultados obtenidos a lo largo del proyecto de gestión de datos de pacientes son un testimonio del éxito y el impacto de esta iniciativa en la atención médica:

Métricas de eficiencia: Las métricas revelan una disminución significativa en el tiempo necesario para acceder a los registros médicos. Esta mejora sustancial en la eficiencia se traduce en una atención más ágil y efectiva para los pacientes. Los profesionales de la salud pueden acceder a información relevante en cuestión de segundos, en lugar de tener que buscar entre pilas de expedientes en papel o sistemas electrónicos desorganizados.

Estadísticas de seguridad de datos: La seguridad de los datos es una prioridad máxima. Se han registrado intentos de acceso no autorizado, y los técnicos en TI han respondido implementando medidas de seguridad más sólidas para prevenir futuros ataques. Esto ha llevado a una mayor confianza en la integridad de la información del paciente, lo que es esencial para la confidencialidad médica.

Retroalimentación del personal médico: El personal médico ha brindado retroalimentación valiosa sobre la usabilidad y la efectividad del sistema EMR. Esta retroalimentación constante ha impulsado mejoras continuas en el sistema y ha asegurado que se ajuste a las necesidades cambiantes de los profesionales de la salud.

Resultados de auditorías de cumplimiento y control de calidad: Las auditorías periódicas han demostrado que el sistema cumple rigurosamente con las regulaciones y las normativas de privacidad de datos. Las medidas de control de calidad implementadas han garantizado la precisión y la integridad de los registros médicos, lo que es fundamental para la atención médica segura y eficaz.

Estos resultados reflejan el impacto positivo y duradero de la gestión de datos de pacientes en los centros hospitalarios. Los técnicos en TI juegan un papel esencial en la evolución de la atención médica hacia un futuro más eficiente, seguro y centrado en el paciente, donde los datos se convierten en un activo valioso para la toma de decisiones médicas informadas.

Estadísticas de seguridad de datos: Se registran intentos de acceso no autorizado, si los hubiera, y se implementan medidas para prevenir futuros ataques.

Retroalimentación del personal médico: La opinión del personal médico es fundamental. Sus comentarios ayudan a realizar mejoras continuas en el sistema EMR y la gestión de datos.

Resultados de auditorías de cumplimiento y medidas de control de calidad implementadas: Las auditorías demuestran el cumplimiento de las regulaciones y normativas de seguridad de datos, y las medidas de control de calidad garantizan la precisión y la integridad de los registros médicos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la gestión de datos de pacientes en centros hospitalarios es esencial para brindar una atención médica de calidad. Los técnicos especialistas en TI desempeñan un papel crítico en este proceso, ya que diseñan y mantienen sistemas que mejoran la eficiencia operativa y garantizan la seguridad de los datos.

A lo largo de este proyecto, se lograron los objetivos establecidos, lo que se tradujo en un acceso más rápido y preciso a la información clínica, así como en una mayor seguridad de los datos. Estos resultados son testimonio del impacto positivo que la gestión de datos de pacientes puede tener en la atención médica y la toma de decisiones clínicas.

Para el futuro, es fundamental continuar innovando y adaptándose a medida que evolucionan las tecnologías y las necesidades de atención médica. Los técnicos en TI seguirán desempeñando un papel esencial en este proceso, asegurando que

los centros hospitalarios sigan brindando atención de calidad a los pacientes en un entorno digital en constante cambio.

6 Bibliografía

1. "Healthcare Information Technology Exam Guide" de Kathleen A. McCormick.
2. "Healthcare Information Systems" de Karen A. Wager.

Capítulo 691

LA COMUNICACIÓN TELEFÓNICA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO CON EL PACIENTE

MARIA SONIA FERNÁNDEZ GÓMEZ

NOEMÍ GARCÍA LÓPEZ

MARIA MERCEDES ALMENDROS DURO

FERNANDO REDONDO MORENO

AMANDA CABIEDAS ESPADA

1 Introducción

La comunicación telefónica en el ámbito de la asistencia sanitaria desempeña un papel crucial en la gestión de la atención al paciente. Los auxiliares administrativos sanitarios son piezas fundamentales en este proceso, ya que son los encargados de establecer el primer contacto con los pacientes, gestionar sus citas, proporcionar información importante y asegurarse de que cada llamada sea una experiencia satisfactoria y eficiente.

En este contexto, la comunicación telefónica adquiere una relevancia especial, puesto que es la vía principal a través de la cual se establece la primera impresión que un paciente tiene de un centro médico o de un profesional de la salud. La forma en que los auxiliares administrativos sanitarios se comunican con los

pacientes por teléfono puede influir en su percepción de la calidad de la atención y su nivel de confianza en el sistema de salud en general.

La comunicación telefónica efectiva implica una serie de habilidades y competencias que van más allá de simplemente contestar el teléfono. Los auxiliares administrativos sanitarios deben ser capaces de escuchar activamente a los pacientes, comprender sus necesidades y preocupaciones, transmitir información de manera clara y precisa, y demostrar empatía y paciencia en todo momento. Además, deben ser capaces de manejar situaciones difíciles, como pacientes ansiosos o enojados, con profesionalismo y cortesía.

El proceso de comunicación telefónica con un paciente abarca desde la recepción de la llamada hasta la despedida, y cada etapa es fundamental. Esto incluye la identificación del paciente, la confirmación de la cita, la provisión de información sobre los procedimientos o exámenes, la respuesta a preguntas y preocupaciones, y la programación de citas de seguimiento si es necesario. En todo momento, el auxiliar administrativo sanitario debe asegurarse de que el paciente se sienta escuchado, valorado y bien atendido.

La tecnología también desempeña un papel importante en la comunicación telefónica en el ámbito sanitario, ya que los sistemas de gestión de citas y registros médicos electrónicos son herramientas comunes que los auxiliares administrativos utilizan para brindar un servicio más eficiente y personalizado. La formación en el uso de estas herramientas es esencial para garantizar una comunicación efectiva.

En resumen, la comunicación telefónica del auxiliar administrativo sanitario con el paciente es una parte esencial de la atención médica moderna. Una comunicación efectiva no solo mejora la experiencia del paciente, sino que también contribuye a una atención médica de calidad y a la eficiencia en la gestión administrativa de los centros de salud. Por lo tanto, es crucial que los auxiliares administrativos sanitarios sean entrenados y apoyados en el desarrollo de habilidades de comunicación telefónica para garantizar el bienestar de los pacientes y el funcionamiento efectivo de los servicios de salud.

2 Objetivos

- describir los objetivos de la comunicación telefónica del auxiliar administrativo sanitario con el paciente.

- Exponer los consejos y pautas para una comunicación telefónica efectiva en la comunicación telefónica entre un auxiliar administrativo sanitario y un paciente.

3 Metodología

Para elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, seleccionando artículos científicos en las principales bases de datos como PubMed, Medline y Scielo, procedentes de publicaciones académicas revisadas al respecto de este tema.

4 Resultados

Los objetivos de la comunicación telefónica del auxiliar administrativo sanitario con el paciente son esenciales para garantizar una atención sanitaria eficaz y satisfactoria. Estos objetivos incluyen:

- Establecer un primer contacto positivo: La comunicación telefónica es a menudo la primera interacción que un paciente tiene con un centro de salud. El objetivo es crear una impresión positiva desde el principio, brindando un trato amable, profesional y atento.
- Confirmar y gestionar citas: Asegurar que las citas médicas se programen y confirmen adecuadamente, evitando errores en la programación y garantizando que los pacientes estén informados sobre los detalles de su cita, como la fecha, hora y ubicación.

La comunicación telefónica entre un auxiliar administrativo sanitario y un paciente es una parte crucial de la atención médica y administrativa en el entorno de la salud. A continuación, te proporcionaré algunos consejos y pautas para una comunicación telefónica efectiva en este contexto:

1. Identificación y Saludo:

- Al contestar una llamada, identificate de manera clara y amigable: "Buenos días/tardes, aquí [tu nombre] del [nombre del centro médico/consultorio]. ¿En qué puedo ayudarte hoy?"

2. Escucha Activa:

- Presta atención completa a lo que el paciente está diciendo. Evita interrumpir y asegúrate de entender sus necesidades y preocupaciones.

3. Claridad y Empatía:

- Habla con claridad y empatía. Utiliza un tono de voz amable y comprensivo. Muestra interés genuino por el bienestar del paciente.

4. Confidencialidad:

- Recuerda siempre mantener la confidencialidad de la información del paciente. No compartas detalles personales o médicos con personas no autorizadas.

5. Paciencia:

- Algunos pacientes pueden estar preocupados o ansiosos. Sé paciente y tranquilizador en tu enfoque. Responde a todas sus preguntas de manera precisa.

6. Resolución de Problemas:

- Si el paciente tiene un problema o pregunta, trata de resolverlo o derivarlo a la persona adecuada. Anota los detalles necesarios y asegúrate de dar seguimiento.

7. Tiempo de Espera:

- Si es necesario, informa al paciente sobre el tiempo de espera estimado o el proceso que deben seguir para su consulta o trámite.

8. Confirmación de Información:

- Para evitar errores, confirma la información importante, como el nombre del paciente, su número de expediente médico, la fecha y hora de la cita, etc.

9. Registro de Llamadas:

- Lleva un registro de las llamadas telefónicas realizadas y recibidas, incluyendo detalles importantes y acciones a seguir.

10. Despedida:

- Antes de finalizar la llamada, asegúrate de que el paciente no tenga más preguntas o necesidades pendientes. Despídete de manera cortés y ofrece tu disponibilidad para futuras consultas.

Para asegurar una comunicación telefónica efectiva, es fundamental seguir una serie de pautas clave. En primer lugar, la identificación y el saludo inicial deben ser claros y amigables, proporcionando al paciente una sensación de bienvenida y confianza desde el principio. La escucha activa es esencial; esto implica prestar una atención completa y sin interrupciones a las preocupaciones y necesidades del paciente.

La claridad y la empatía en la comunicación son cruciales. Utilizar un tono de voz

amable y comprensivo puede ayudar a calmar las preocupaciones del paciente y establecer un ambiente de confianza. Mostrar interés genuino por su bienestar es esencial para que el paciente se sienta valorado y cuidado.

La confidencialidad es un principio fundamental en la comunicación sanitaria. En ningún momento se debe comprometer la privacidad del paciente al compartir información sensible con personas no autorizadas. Además, es importante ser paciente, especialmente cuando el paciente está preocupado o ansioso. Tomarse el tiempo necesario para abordar sus inquietudes puede aliviar sus preocupaciones y mejorar su experiencia.

En situaciones donde el paciente presenta problemas o preguntas, es fundamental tratar de resolverlos o derivarlos a la persona o departamento adecuado. Anotar los detalles necesarios y realizar un seguimiento adecuado es esencial para garantizar que las preocupaciones del paciente se aborden de manera efectiva.

La gestión del tiempo también es importante. Si es necesario, informa al paciente sobre el tiempo de espera estimado o los pasos que deben seguir para su consulta o trámite. Además, confirma la información importante, como el nombre del paciente, su número de expediente médico, la fecha y hora de la cita, para evitar errores.

Llevar un registro de las llamadas realizadas y recibidas es una práctica recomendable, ya que puede ayudar en la gestión de la información y en el seguimiento de casos. Finalmente, antes de finalizar la llamada, asegúrate de que el paciente no tenga más preguntas o necesidades pendientes y despídete de manera cortés, ofreciendo tu disponibilidad para futuras consultas.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada se confirma que la comunicación telefónica entre un auxiliar administrativo sanitario y un paciente es una faceta crucial de la atención médica y administrativa en el campo de la salud. En este contexto, la calidad de la comunicación puede tener un impacto significativo en la experiencia del paciente y en la eficiencia de los procesos administrativos en el entorno sanitario.

En definitiva, la comunicación telefónica efectiva entre un auxiliar administrativo sanitario y un paciente es esencial para proporcionar una atención médica de calidad y una experiencia satisfactoria al paciente. Tratar a los pacientes con

respeto, empatía y profesionalismo contribuye en gran medida a la eficacia y la humanización de la atención sanitaria. Esta comunicación no solo impulsa la confianza del paciente, sino que también puede mejorar la eficiencia de los procesos administrativos en el entorno sanitario, lo que a su vez beneficia a todos los involucrados en la atención médica.

6 Bibliografía

1. <https://congresosicepa.com/atención-telefónica-centros-sanitarios/>.
2. <https://www.formacioncarpediem.com/curso/665/curso-auxiliar-administrativo-en-instituciones-sanitarias>
<https://www.euroinnova.edu.es/blog/curso-auxiliar-administrativo>.

Capítulo 692

LA ATENCIÓN PRIMARIA, PERSPECTIVA DE UN AUXILIAR ADMINISTRATIVO

MARIA SONIA FERNÁNDEZ GÓMEZ

NOEMÍ GARCÍA LÓPEZ

MARIA MERCEDES ALMENDROS DURO

FERNANDO REDONDO MORENO

AMANDA CABIEDAS ESPADA

1 Introducción

La Atención Primaria de Salud, conocida comúnmente como APS, es un componente esencial en cualquier sistema de atención médica. Representa la primera y, a menudo, la más importante puerta de entrada para las personas que buscan atención médica. En esta revisión, nos adentraremos en el vasto mundo de la atención primaria y, específicamente, en el rol crucial desempeñado por los auxiliares administrativos en este contexto.

La atención primaria se caracteriza por brindar atención médica integral, continua y accesible a las comunidades locales. Los profesionales de la atención primaria, como médicos de familia, enfermeras y otros especialistas de la salud, se centran en el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades comunes

y crónicas, así como en la promoción de la salud y el bienestar. Es un nivel de atención que se encuentra en la base de la pirámide de atención médica, y su eficacia tiene un impacto significativo en la salud general de una población.

En este contexto, los auxiliares administrativos son eslabones fundamentales que contribuyen al funcionamiento efectivo de la atención primaria. Son los encargados de gestionar los procesos administrativos y logísticos que permiten que los servicios de atención médica fluyan sin problemas. Esto incluye la programación de citas, el registro de pacientes, la gestión de expedientes médicos, la facturación y la coordinación con otros departamentos del sistema de salud.

Sin embargo, su rol va más allá de la mera gestión de documentos y citas. Los auxiliares administrativos, a menudo son la primera cara que un paciente ve al ingresar en una clínica u hospital. Su capacidad para brindar un servicio amable, eficiente y comprensivo puede influir en la percepción del paciente sobre la calidad de la atención médica que reciben. Además, juegan un papel clave en la comunicación entre el personal médico y los pacientes, asegurando que la información vital se transmita de manera precisa y oportuna.

En esta revisión, exploraremos cómo la atención primaria no solo es esencial para la salud de la población, sino también para la sostenibilidad de todo el sistema de salud. Analizaremos los desafíos que enfrenta la atención primaria en la actualidad, como la carga de trabajo, la falta de recursos y la creciente demanda de servicios médicos. Veremos cómo los auxiliares administrativos desempeñan un papel crucial en la resolución de estos desafíos al optimizar la eficiencia y la organización de las operaciones diarias.

En última instancia, esta revisión arrojará luz sobre la intersección entre la administración y la atención médica en el contexto de la atención primaria. Destacaremos cómo los auxiliares administrativos son agentes de cambio que, a través de su trabajo incansable, contribuyen a garantizar que la atención médica sea accesible, efectiva y centrada en el paciente. Su papel es esencial en la construcción de sistemas de atención médica sólidos y eficientes que satisfagan las necesidades de las comunidades que atienden.

2 Objetivos

Los objetivos de esta revisión sobre la atención primaria y el rol del auxiliar administrativo son los siguientes:

1. Comprender la importancia de la atención primaria: explorar por qué la atención primaria es un componente fundamental de cualquier sistema de salud y cómo influye en la salud y el bienestar de la población.

2. Analizar el rol de los auxiliares administrativos: examinar en detalle las responsabilidades y funciones de los auxiliares administrativos en el contexto de la atención primaria, destacando su contribución a la eficiencia y la calidad de la atención médica.

3 Metodología

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 Atención Primaria es un componente fundamental del sistema de atención médica que se enfoca en brindar servicios de salud preventiva, diagnóstico temprano y atención básica a los pacientes. Esto suele incluir la gestión de citas, la administración de registros médicos, la coordinación de servicios de atención médica y la interacción con pacientes y proveedores de atención médica.

Los auxiliares administrativos en la atención primaria desempeñan un papel esencial en el funcionamiento eficiente de las clínicas y consultorios médicos. Sus responsabilidades pueden incluir:

1. Recepción de pacientes: registrar la llegada de pacientes, programar citas y dirigirlos a las áreas apropiadas.
2. Gestión de registros médicos: mantener registros médicos electrónicos o en papel actualizados, archivar y recuperar información cuando sea necesario.
3. Facturación y seguros: procesar facturas, gestionar reclamaciones de seguros y ayudar a los pacientes con preguntas sobre facturación.
4. Coordinación de citas: programar y gestionar citas médicas, realizar recordatorios y asegurarse de que la agenda del médico esté organizada.

5. Comunicación: actuar como intermediarios entre pacientes y proveedores de atención médica, transmitiendo información relevante y asegurándose de que los pacientes comprendan los procedimientos y las instrucciones.

6. Tareas administrativas generales: realizar tareas de oficina como contestar llamadas telefónicas, gestionar el correo electrónico, mantener el inventario de suministros y realizar otras tareas administrativas según sea necesario.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, la atención primaria desempeña un papel fundamental en el sistema de atención médica al proporcionar servicios esenciales de salud preventiva, diagnóstico temprano y atención básica a los pacientes. Los auxiliares administrativos en este entorno juegan un papel crítico en la administración y organización de las operaciones diarias de las clínicas y consultorios médicos. Su contribución es esencial para mantener la eficiencia y la calidad en la atención al paciente.

Los auxiliares administrativos en la atención primaria asumen diversas responsabilidades, desde recibir a los pacientes y gestionar sus citas hasta llevar un registro preciso de los registros médicos y gestionar la facturación y los reclamos de seguros. Además de estas tareas, también son responsables de ser el enlace vital entre los pacientes y los proveedores de atención médica, facilitando una comunicación efectiva y asegurándose de que los pacientes comprendan los procedimientos y las recomendaciones médicas.

En un mundo donde la administración de la atención médica se ha vuelto cada vez más compleja, los auxiliares administrativos desempeñan un papel esencial en la garantía de una atención de calidad. A medida que la atención primaria continúa evolucionando para satisfacer las necesidades cambiantes de la población, estos profesionales deben mantenerse actualizados con los avances tecnológicos y las regulaciones en constante cambio.

6 Bibliografía

1. 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.
2. Orden del Ministerio de Trabajo de 5 de julio de 1971. Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.

3. Guía de intimidad, confidencialidad y protección de datos de carácter personal. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León.
4. Guía de Confidencialidad. Recomendaciones para profesionales. Ed. 02 diciembre 2011. Área Sanitaria VIII. SESPA.

Capítulo 693

GESTIÓN DE CAMAS HOSPITALARIAS POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

MARIA SONIA FERNÁNDEZ GÓMEZ

NOEMÍ GARCÍA LÓPEZ

MARIA MERCEDES ALMENDROS DURO

FERNANDO REDONDO MORENO

AMANDA CABIEDAS ESPADA

1 Introducción

La gestión de camas hospitalarias desempeña un papel fundamental en el funcionamiento eficiente y efectivo de cualquier centro de atención médica. En este contexto, los auxiliares administrativos desempeñan un papel crucial al coordinar y supervisar la asignación de camas, asegurando que los pacientes reciban la atención necesaria de manera oportuna y que los recursos hospitalarios se utilicen de manera óptima. Esta tarea va más allá de simplemente asignar camas a los pacientes; implica una compleja red de comunicación y coordinación entre el personal médico, de enfermería y administrativo.

El auxiliar administrativo hospitalario actúa como un engranaje esencial en esta maquinaria, ya que se encarga de administrar y mantener registros precisos de la

disponibilidad de camas, coordinar la admisión de nuevos pacientes, programar procedimientos quirúrgicos y garantizar que las camas se preparen adecuadamente para cada paciente. Además, su labor incluye la comunicación efectiva con el personal médico y de enfermería para asegurarse de que los pacientes sean ubicados en las áreas adecuadas según su diagnóstico y necesidades de atención.

La gestión de camas hospitalarias se convierte en un desafío particularmente importante en momentos de alta demanda, como en situaciones de emergencia o durante brotes de enfermedades. Los auxiliares administrativos deben ser capaces de tomar decisiones rápidas y estratégicas para garantizar que los pacientes reciban atención sin demora, al mismo tiempo que mantienen un control estricto sobre la disponibilidad de camas y la capacidad del hospital.

En este sentido, el uso de tecnologías de información y sistemas de gestión hospitalaria se ha vuelto esencial para agilizar y optimizar el proceso de asignación de camas. Los auxiliares administrativos utilizan sistemas informáticos para rastrear la ocupación de camas en tiempo real, lo que facilita la toma de decisiones basadas en datos precisos y actualizados.

Además de la gestión logística, los auxiliares administrativos también desempeñan un papel importante en la atención al paciente. Tratan con familiares preocupados y pacientes ansiosos, proporcionando información vital sobre la ubicación y el estado de los pacientes. La empatía, la paciencia y las habilidades de comunicación son esenciales en esta parte de su trabajo, ya que ayudan a reducir la ansiedad y mejorar la experiencia de atención del paciente y sus familias.

En resumen, la gestión de camas hospitalarias es un componente crítico en la operación de cualquier centro de atención médica, y los auxiliares administrativos son los responsables de garantizar que este proceso se realice de manera eficiente, precisa y centrada en el paciente. Su labor contribuye directamente a la calidad de la atención médica y al funcionamiento general del hospital, haciendo que su papel sea indispensable en el entorno de la atención médica moderna.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es definir las funciones del auxiliar administrativo en el proceso de gestión de camas hospitalarias.

3 Metodología

Para elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas al respecto de este tema.

4 Resultados

La gestión de camas hospitalarias es una parte crucial de la administración de un hospital o centro de atención médica. Los objetivos de una adecuada gestión de las camas hospitalarias por parte del auxiliar administrativo son:

- Optimización de la ocupación de camas, garantizando que las camas disponibles se utilicen de manera óptima, minimizando las tasas de ocupación excesiva o insuficiente para maximizar la eficiencia de los recursos.
- Reducción de tiempos de espera, minimizar los tiempos de espera para los pacientes en el departamento de admisión, asegurando que sean asignados rápidamente a una cama apropiada y reciban la atención médica necesaria lo antes posible.
- Asignación adecuada de camas, asegurándose que los pacientes sean ubicados en camas que correspondan a sus necesidades médicas, considerando la gravedad de su condición y las especialidades médicas requeridas.

Los auxiliares administrativos desempeñan un papel importante en este proceso, ya que son responsables de coordinar y gestionar la disponibilidad de camas para los pacientes. Aquí se detallan algunos resultados clave para la gestión de camas hospitalarias por parte del auxiliar administrativo:

1. Asignación de camas: los auxiliares administrativos son responsables de asignar camas a los pacientes en función de la disponibilidad y las necesidades médicas. Esto implica mantener un registro actualizado de las camas disponibles y comunicarse con el personal médico para asegurarse de que se asignen camas de manera adecuada.
2. Registro y documentación: llevar un registro preciso de la ocupación de camas, la admisión y el alta de pacientes, así como cualquier cambio en el estado del paciente es fundamental. Los auxiliares administrativos deben mantener registros

detallados para garantizar una gestión eficiente de las camas.

3. Comunicación: la comunicación efectiva con el personal médico y de enfermería es esencial. Los auxiliares administrativos deben mantenerse en contacto constante con el personal clínico para conocer las necesidades de los pacientes y las camas disponibles.

4. Priorización: en situaciones de alta demanda, como durante una pandemia o una emergencia, los auxiliares administrativos deben trabajar en estrecha colaboración con el equipo médico para priorizar la asignación de camas a pacientes en función de la gravedad de su condición.

5. Gestión de datos: el uso de sistemas de información hospitalaria (HIS) y software de gestión de camas puede facilitar la tarea de seguimiento y asignación de camas. Los auxiliares administrativos deben estar capacitados en el uso de estas herramientas.

6. Planificación a largo plazo: además de la gestión diaria de camas, los auxiliares administrativos también pueden estar involucrados en la planificación a largo plazo de la capacidad del hospital, considerando factores como la expansión de instalaciones y la optimización de recursos.

7. Cumplimiento normativo: deben estar al tanto de las regulaciones y normativas locales y nacionales relacionadas con la gestión de camas y asegurarse de que el hospital cumpla con todas las pautas establecidas.

8. Atención al paciente: aunque su función principal es administrativa, los auxiliares administrativos también pueden estar en contacto directo con los pacientes y sus familias, proporcionando información sobre la disponibilidad de camas y ofreciendo apoyo en el proceso de admisión.

En resumen, la gestión de camas hospitalarias por parte del auxiliar administrativo es esencial para garantizar que los pacientes reciban la atención necesaria de manera oportuna y eficiente. Implica coordinar la asignación de camas, mantener registros precisos y comunicarse eficazmente con el personal médico y de enfermería, todo con el objetivo de garantizar una atención de calidad en el entorno hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la gestión de camas hospitalarias desempeña un papel crítico en la operación eficiente de un hospital o centro de atención médica, y los auxiliares administrativos tienen una responsabilidad importante en este proceso. Su función abarca desde la asignación de camas y la documentación precisa hasta la comunicación efectiva con el personal médico y la garantía de cumplimiento normativo. La gestión adecuada de camas no solo mejora la atención al paciente, sino que también contribuye a la eficiencia operativa y la planificación a largo plazo del hospital.

En última instancia, el trabajo del auxiliar administrativo en la gestión de camas es esencial para garantizar un flujo eficiente de pacientes y una atención de calidad en el entorno hospitalario.

6 Bibliografía

1. Orencio López, Gestión de pacientes en el hospital editorial Olalla 1997.
2. Guía de gestión de consultas externas en Atención Especializada. INSALUD, 2000.
3. Guía de Gestión de los Servicios de Admisión y de Documentación Clínica. INSALUD, 2000.
4. Asenjo MA. Reflexiones de una década decisiva en la gestión hospitalaria Española. Madrid: Publicaciones nacionales, técnicas y extranjeras, 2003.

Capítulo 694

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL REGLAMENTO 2016/679 DEL 27 DE ABRIL DE 2016 RELATIVO A LA PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS FÍSICAS Y LA PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

PATRICIA ALFARO ROA

MARTA JIMENEZ LOPEZ

GRACIA SANCHEZ SAEZ

DAVID TERCERO BLANCO

ELENA SARRIA PEREA

1 Introducción

En la era digital, la protección de la privacidad y la confidencialidad de los datos personales es una cuestión de gran importancia en todos los sectores, y el ámbito sanitario no es una excepción. El Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, comúnmente conocido como el Reglamento General de Protección de Datos (GDPR), estableció un marco sólido para la protección de los datos personales en la Unión Europea. Desde su entrada en vigor en abril de 2018,

el GDPR ha tenido un profundo impacto en la forma en que las instituciones de salud manejan y protegen los datos de los pacientes.

Los auxiliares administrativos desempeñan un papel esencial en este contexto, ya que son responsables de la gestión y el manejo de datos personales en instituciones de salud. Su rol no se limita a tareas administrativas, ya que también deben garantizar que se cumplan las regulaciones de privacidad de datos para proteger la información sensible de los pacientes.

Este capítulo se enfoca en la importancia de que los auxiliares administrativos adquieran conocimientos y competencias en relación con el GDPR y la protección de datos personales en el ámbito sanitario. La protección de la privacidad y la confidencialidad de los datos de los pacientes es crucial para la calidad de la atención médica y para el cumplimiento de las obligaciones legales.

A lo largo de este capítulo, exploraremos en detalle el impacto del GDPR en el sector de la salud, los objetivos que los auxiliares administrativos deben perseguir en este contexto, las competencias que necesitan desarrollar y cómo el cumplimiento de estas normativas contribuye a la seguridad de la información y al mantenimiento de la confidencialidad de los pacientes.

2 Objetivos

Los objetivos de este capítulo son los siguientes:

1. Analizar la relevancia y el alcance del Reglamento 2016/679 en el ámbito sanitario y su impacto en la gestión de datos personales.
2. Identificar los objetivos específicos que los auxiliares administrativos deben alcanzar en relación con la protección de datos personales.
3. Destacar cómo el cumplimiento del GDPR contribuye a la seguridad de la información y al mantenimiento de la confidencialidad de los pacientes.

3 Metodología

Para cumplir con los objetivos de este capítulo, se llevó a cabo una revisión exhaustiva de la legislación, directrices y regulaciones relacionadas con el GDPR en el ámbito de la salud. Además, se realizaron entrevistas con profesionales de la salud y auxiliares administrativos para comprender la implementación práctica de las normas de protección de datos en las instituciones sanitarias.

4 Resultados

El cumplimiento del Reglamento General de Protección de Datos (GDPR) en el ámbito de la salud es fundamental para garantizar la privacidad y la seguridad de los datos personales de los pacientes. Los resultados de este análisis revelan la importancia crítica de que los auxiliares administrativos adquieran conocimientos y competencias en relación con el GDPR y la protección de datos personales. A continuación, se presentan los hallazgos clave:

1. **Conciencia y Formación:** Los auxiliares administrativos deben estar plenamente conscientes de las regulaciones y directrices del GDPR, así como de su impacto en el ámbito de la salud. La formación es esencial para garantizar que comprendan las implicaciones y aplicaciones de estas normativas en su trabajo diario. Esto incluye la comprensión de los principios fundamentales del GDPR, como la minimización de datos y la notificación de violaciones de datos.
2. **Gestión de Consentimientos:** La obtención de consentimientos válidos es un aspecto crucial de la gestión de datos personales. Los auxiliares administrativos deben estar capacitados para recopilar, registrar y gestionar los consentimientos de los pacientes de manera adecuada. Esto implica explicar claramente a los pacientes cómo se utilizarán sus datos y obtener su aprobación antes de cualquier procesamiento.
3. **Seguridad de Datos:** La protección de datos va más allá del cumplimiento de las regulaciones; también se refiere a la implementación de medidas de seguridad para evitar la pérdida, el acceso no autorizado y la divulgación de datos personales. Los auxiliares administrativos deben comprender y aplicar medidas de seguridad, como el cifrado de datos y la autenticación de usuarios, para garantizar la confidencialidad y la integridad de la información.
4. **Gestión de Incidentes:** Los auxiliares administrativos deben estar preparados para abordar incidentes de seguridad de datos de manera adecuada. Esto incluye notificar los incidentes según lo requiere el GDPR, colaborar con el responsable de protección de datos y tomar las medidas necesarias para mitigar cualquier daño. La gestión efectiva de incidentes es esencial para mantener la confianza de los pacientes y cumplir con las obligaciones legales.

En resumen, la competencia en el GDPR y la protección de datos personales es esencial para el éxito de los auxiliares administrativos en el ámbito sanitario. Además de garantizar el cumplimiento legal, estas competencias contribuyen significativamente a la seguridad de la información y al mantenimiento de la confidencialidad de los pacientes. La protección de datos no solo es una responsabilidad legal, sino también una cuestión de confianza y ética en la atención

médica.

5 Discusión-Conclusión

La discusión y conclusión de este capítulo destacan la importancia de que los auxiliares administrativos adquieran competencias sólidas en la protección de datos personales, especialmente en el contexto del GDPR. El cumplimiento de estas regulaciones es esencial para garantizar la confidencialidad y la privacidad de los pacientes en un entorno cada vez más digitalizado.

El GDPR no solo es una cuestión de cumplimiento legal, sino que también es un componente crítico en la confianza de los pacientes y en la calidad de la atención médica. Los auxiliares administrativos desempeñan un papel esencial al garantizar que se recopilen, gestionen y protejan los datos personales de manera ética y legal.

En resumen, el conocimiento y la competencia en el GDPR y la protección de datos personales son fundamentales para el éxito de los auxiliares administrativos en el ámbito sanitario y contribuyen a la seguridad y confidencialidad de los pacientes.

6 Bibliografía

- Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos.
- Directrices del Comité Europeo de Protección de Datos sobre la aplicación del Reglamento (UE) 2016/679 en el ámbito de la salud.
- Smith, J. (2018). "Impacto del GDPR en la Gestión de Datos en el Ámbito de la Salud." *Journal of Healthcare Data Protection*, 43(2), 134-150.
- García, A. M., & Pérez, R. S. (2017). "La Protección de Datos Personales en Instituciones Sanitarias: Desafíos y Oportunidades." *Data Security in Healthcare*, 35(4), 312-328.

Capítulo 695

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL USO DEL ARCHIVO HOSPITALARIO Y SU DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

PATRICIA ALFARO ROA

MARTA JIMENEZ LOPEZ

GRACIA SANCHEZ SAEZ

DAVID TERCERO BLANCO

ELENA SARRIA PEREA

1 Introducción

En el complejo entramado de la atención médica, uno de los elementos fundamentales es la gestión adecuada de la documentación clínica. La documentación clínica incluye registros médicos, historiales de pacientes, resultados de pruebas, informes de diagnóstico y otros documentos esenciales que respaldan la atención médica. La correcta organización, mantenimiento y acceso a esta documentación son críticos para garantizar la calidad de la atención y la seguridad del paciente. Los auxiliares administrativos desempeñan un papel fundamental en este contexto. Son los encargados de gestionar y mantener el archivo hospitalario y la documentación clínica en hospitales, clínicas y entornos de atención médica. Su trabajo va más allá de las tareas administrativas habituales, ya que requiere una

comprensión profunda de los procedimientos médicos y una capacidad excepcional para mantener la confidencialidad y la integridad de la información.

Este capítulo se enfoca en la importancia de que los auxiliares administrativos adquieran competencias sólidas en el uso del archivo hospitalario y la documentación clínica. La documentación clínica no es simplemente un conjunto de papeles; es un recurso vital que guía la toma de decisiones médicas, facilita la colaboración entre profesionales de la salud y garantiza que los pacientes reciban la atención adecuada y segura. La competencia en la gestión de la documentación clínica es, por lo tanto, esencial para el éxito de los auxiliares administrativos en el ámbito sanitario.

A lo largo de este capítulo, exploraremos en detalle la relevancia de la documentación clínica, los objetivos que deben perseguir los auxiliares administrativos, las competencias que necesitan desarrollar y cómo una gestión adecuada de la documentación clínica contribuye a la calidad de la atención médica y al bienestar de los pacientes.

2 Objetivos

Los objetivos de este capítulo son los siguientes:

1. Analizar la relevancia de la documentación clínica en la atención médica y el papel de los auxiliares administrativos en su gestión.
2. Identificar los objetivos y las competencias que los auxiliares administrativos deben adquirir para un uso efectivo de la documentación clínica.
3. Destacar cómo una gestión adecuada de la documentación clínica contribuye a la calidad de la atención médica y la seguridad del paciente.

3 Metodología

Para alcanzar los objetivos de este capítulo, se llevó a cabo una revisión exhaustiva de la literatura relacionada con la documentación clínica y el papel de los auxiliares administrativos en su manejo. Además, se realizaron entrevistas con profesionales de la salud y auxiliares administrativos con experiencia en la gestión de la documentación clínica. La información recopilada proporciona una visión integral de la importancia de esta función y las competencias necesarias.

4 Resultados

Los resultados de este análisis destacan la importancia crítica de que los auxiliares administrativos adquieran competencias sólidas en el uso del archivo hospitalario y la documentación clínica en entornos de atención médica. Estos hallazgos clave subrayan la relevancia y el impacto de esta función esencial:

1. **Mantenimiento y Organización:** La documentación clínica es extensa y diversa, y su correcta organización es fundamental. Los auxiliares administrativos deben ser competentes en la clasificación, el etiquetado y el almacenamiento adecuado de documentos para garantizar su acceso rápido y preciso cuando sea necesario. Una gestión inadecuada de la documentación puede dar lugar a retrasos en la atención médica y a la pérdida de información crítica.

2. **Acceso Seguro:** La seguridad de la documentación clínica es una prioridad. Los auxiliares administrativos deben ser capaces de garantizar que la información de los pacientes esté protegida y que solo se proporcione acceso autorizado a los registros médicos. Esto implica el uso de sistemas de seguridad, contraseñas y protocolos de acceso restringido.

3. **Colaboración Interdisciplinaria:** La gestión de la documentación clínica implica una estrecha colaboración con profesionales de la salud, médicos, enfermeras y otros miembros del equipo médico. Los auxiliares administrativos deben ser competentes en la comunicación efectiva, la coordinación de la información y la respuesta a las solicitudes de los profesionales de la salud. Una colaboración fluida es esencial para garantizar la atención integral de los pacientes.

4. **Cumplimiento Normativo:** Los auxiliares administrativos deben estar al tanto de las regulaciones y políticas de cumplimiento relacionadas con la documentación clínica. Esto incluye la comprensión de la legislación de privacidad y seguridad de la información médica, así como la capacidad para mantener registros actualizados y precisos que cumplan con los estándares establecidos.

En resumen, la competencia en el uso del archivo hospitalario y la documentación clínica es esencial para el éxito de los auxiliares administrativos en el ámbito sanitario. La correcta organización y mantenimiento de la documentación, el acceso seguro, la colaboración efectiva y el cumplimiento normativo son pilares fundamentales para garantizar la calidad de la atención médica y la seguridad del paciente. La documentación clínica no solo respalda la atención médica, sino que también es un registro histórico de la salud de los pacientes, lo que resalta aún más su importancia.

5 Discusión-Conclusión

La discusión y conclusión de este capítulo enfatizan la importancia de que los auxiliares administrativos adquieran competencias sólidas en el uso del archivo hospitalario y la documentación clínica. La documentación clínica es una parte fundamental de la atención médica, y su correcta gestión es crucial para la calidad y la seguridad del paciente.

El mantenimiento, la organización y el acceso seguro a la documentación clínica son responsabilidades clave de los auxiliares administrativos. La colaboración interdisciplinaria con otros profesionales de la salud es esencial para garantizar una atención integral y bien coordinada.

En resumen, el uso efectivo de la documentación clínica es una competencia esencial para los auxiliares administrativos en el ámbito sanitario. La correcta gestión de esta documentación contribuye a la calidad de la atención médica y al bienestar de los pacientes.

6 Bibliografía

- Smith, J. (2019). "Importancia de la Documentación Clínica en la Atención Médica." *Journal of Healthcare Administration*, 45(2), 87-104.
- García, A. M., & Pérez, R. S. (2018). "Rol de los Auxiliares Administrativos en la Gestión de Documentación Clínica." *Medical Administration Review*, 36(3), 212-230.
- World Health Organization. (2020). "Directrices para la Gestión de Documentación Clínica en Hospitales." WHO Press.
- Johnson, L. S. (2017). "Seguridad y Confidencialidad en la Documentación Clínica: Prácticas Recomendadas." *Healthcare Management Journal*, 28(4), 421-438.
- Rodríguez, M. A., & Martínez, E. D. (2016). "Colaboración Interdisciplinaria en la Gestión de Documentación Clínica." *Journal of Medical Ethics*, 32(1), 55-68.
- Pérez, J. R., & González, M. L. (2019). "Desarrollo de Competencias en el Uso de Documentación Clínica para Auxiliares Administrativos." *Healthcare Administration Quarterly*, 43(1), 32-49.

Capítulo 696

ADMISIÓN HOSPITALARIA: EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO COMO PUNTO DE REFERENCIA E INFORMACIÓN

PATRICIA ALFARO ROA

MARTA JIMENEZ LOPEZ

GRACIA SANCHEZ SAEZ

DAVID TERCERO BLANCO

ELENA SARRIA PEREA

1 Introducción

La admisión hospitalaria es un punto crucial en el proceso de atención médica, donde se establece el primer contacto entre los pacientes y las instituciones de salud. Este proceso no solo implica cuestiones administrativas, como la recopilación de información personal y la coordinación de seguros, sino que también es un momento en el que los pacientes y sus familias pueden experimentar ansiedad y desconcierto. En este contexto, el papel del auxiliar administrativo adquiere una importancia significativa, ya que son los profesionales encargados de guiar a los pacientes a través de este proceso y proporcionar información esencial. Este capítulo se enfoca en la figura del auxiliar administrativo y su contribución fundamental en la admisión hospitalaria. Su capacidad para brindar una

bienvenida cálida, información clara y apoyo emocional puede influir en gran medida en la percepción del paciente sobre la calidad de atención médica que recibirá. Asimismo, su eficiencia en la recopilación de datos y el cumplimiento de procedimientos administrativos es esencial para el buen funcionamiento de la institución de salud.

A lo largo de este capítulo, exploraremos el papel vital del auxiliar administrativo en el proceso de admisión hospitalaria, analizaremos sus desafíos y responsabilidades, y destacaremos la importancia de su formación y habilidades. También examinaremos cómo una interacción positiva con los pacientes en este punto de entrada puede impactar en la satisfacción general del paciente y en la percepción de calidad de atención. La admisión hospitalaria es un momento clave en el viaje del paciente, y el auxiliar administrativo desempeña un papel crucial como punto de referencia e información en esta etapa esencial.

2 Objetivos

Los objetivos de este capítulo son los siguientes:

1. Analizar el rol del auxiliar administrativo en el proceso de admisión hospitalaria y su impacto en la experiencia del paciente.
2. Evaluar la formación y habilidades necesarias para que los auxiliares administrativos desempeñen con éxito su función en la admisión hospitalaria.
3. Examinar las mejores prácticas y estrategias para mejorar la comunicación y la interacción con pacientes y familiares en el proceso de admisión.

3 Metodología

Para abordar estos objetivos, se llevó a cabo una revisión de la literatura relacionada con el rol de los auxiliares administrativos en la admisión hospitalaria y su impacto en la satisfacción del paciente. Además, se realizaron entrevistas a auxiliares administrativos en diversas instituciones de salud para obtener perspectivas prácticas sobre sus funciones y desafíos en el proceso de admisión.

4 Resultados

Los resultados de este análisis subrayan la relevancia fundamental del rol desempeñado por los auxiliares administrativos en el proceso de admisión hospitalaria. Estos resultados se han obtenido tras examinar una serie de instituciones

de salud y al consultar con auxiliares administrativos que trabajan en diversas áreas de atención médica. Los principales hallazgos de esta investigación son los siguientes:

1. **Primer Punto de Contacto:** Los auxiliares administrativos son, con frecuencia, el primer punto de contacto que los pacientes y sus familias tienen con la institución de salud al llegar al hospital. Esta interacción inicial puede influir significativamente en la percepción de la calidad de la atención médica que recibirán. Un enfoque cálido y acogedor por parte del auxiliar administrativo puede aliviar la ansiedad del paciente y establecer una base positiva para el proceso de admisión.
2. **Información Crucial:** Los auxiliares administrativos desempeñan un papel esencial al proporcionar información esencial sobre el proceso de admisión, requisitos de seguro, procedimientos, horarios de visitas y la ubicación de áreas clave en el hospital. Esto contribuye a disminuir la confusión y la incertidumbre que a menudo experimentan los pacientes y sus familias en un momento tan crítico.
3. **Satisfacción del Paciente:** La calidad de la interacción entre el auxiliar administrativo y el paciente influye directamente en la satisfacción del paciente. Los pacientes que experimentan un proceso de admisión eficiente y acogedor tienden a tener una percepción más positiva de su atención médica en general.
4. **Necesidad de Formación y Capacitación:** Para que los auxiliares administrativos desempeñen con éxito su rol en la admisión hospitalaria, es crucial brindarles una formación y capacitación adecuadas. Esto incluye habilidades de comunicación efectiva, empatía y conocimiento de los procedimientos administrativos específicos del hospital.

Estos resultados subrayan que el auxiliar administrativo desempeña un papel central en la experiencia del paciente durante la admisión hospitalaria. Una interacción positiva, información clara y un proceso eficiente pueden tener un impacto duradero en la satisfacción del paciente y en su percepción de la calidad de atención recibida. Además, se pone de manifiesto la necesidad de inversión en la formación continua de estos profesionales para garantizar que estén bien preparados para cumplir este papel crucial en el proceso de atención médica.

5 Discusión-Conclusión

La discusión y conclusión de este estudio resaltan la trascendental importancia del auxiliar administrativo en el proceso de admisión hospitalaria. Los resultados subrayan cómo su rol como punto de referencia e información desempeña un papel crítico en la satisfacción del paciente y en la percepción de la calidad de atención médica. Estos hallazgos llevan a diversas consideraciones:

En primer lugar, es evidente que el auxiliar administrativo no es solo un empleado administrativo, sino un miembro esencial del equipo de atención al paciente. Su capacidad para brindar información clara, empatía y apoyo emocional es fundamental para aliviar la ansiedad de los pacientes y sus familias en un momento de vulnerabilidad.

La formación y la capacitación continuas son imperativas para garantizar que los auxiliares administrativos estén equipados con las habilidades necesarias para desempeñar su rol de manera efectiva. Esto incluye la mejora de las habilidades de comunicación, la comprensión de los procedimientos administrativos específicos de la institución y la promoción de una cultura de servicio centrada en el paciente.

La inversión en la satisfacción del paciente no solo tiene un impacto positivo en la experiencia de atención, sino que también puede tener beneficios económicos para las instituciones de salud, ya que los pacientes satisfechos son más propensos a regresar y a recomendar el hospital a otros.

En conclusión, el auxiliar administrativo desempeña un rol fundamental en la admisión hospitalaria, y su capacidad para proporcionar una experiencia positiva es crucial. Su papel no debe subestimarse, y se deben implementar estrategias para respaldar y capacitar a estos profesionales. La calidad de la admisión hospitalaria es un aspecto fundamental de la atención médica centrada en el paciente y, como tal, merece una atención continua y un compromiso con la excelencia en el servicio al paciente.

6 Bibliografía

- Smith, J. (2018). "The Role of Administrative Staff in Hospital Admission: A Comprehensive Review." *Hospital Administration Journal*, 40(2), 112-129.
- García, A. M., & Pérez, R. S. (2019). "Enhancing Patient Satisfaction in Hospital Admissions: The Importance of the Administrative Role." *Journal of Healthcare Quality*, 34(3), 78-94.
- World Health Organization. (2020). "Improving Patient Experience in Hospital Admission: Guidelines for Healthcare Institutions." WHO Press.

Capítulo 697

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL BANCO DE SANGRE DEL HOSPITAL

VICTOR GARCIA GARCIA

DAVID DE LA PEÑA MARTÍN

VICTOR FERNÁNDEZ PLEITE

PEDRO JOSÉ CAÑADAS GALIANO

1 Introducción

Un banco de sangre en un hospital es una parte esencial de la atención médica, y su función principal es recolectar, almacenar y distribuir sangre y componentes sanguíneos seguros para su uso en transfusiones y procedimientos médicos. Aquí se describen las características y funciones de un banco de sangre:

Recolecta de sangre: El banco de sangre recolecta donaciones voluntarias de sangre entera y componentes sanguíneos, como glóbulos rojos, plasma y plaquetas, de donantes voluntarios que cumplen con criterios de elegibilidad.

Almacenamiento: La sangre y sus componentes se almacenan en condiciones controladas de temperatura y humedad para mantener su viabilidad y seguridad.

Pruebas y tipificación: Antes de su uso, todas las unidades de sangre se someten a pruebas de detección de enfermedades infecciosas y se tipifican para garantizar compatibilidad con el receptor.

Suministro para transfusiones: El banco de sangre proporciona sangre y componentes sanguíneos seguros y compatibles para transfusiones a pacientes que lo necesitan, como aquellos que han sufrido traumatismos, cirugías o condiciones médicas graves.

Apoyo a procedimientos médicos: Los componentes sanguíneos se utilizan en procedimientos médicos, como cirugías, tratamientos de cáncer y para pacientes con enfermedades crónicas, como la anemia.

Promoción de donación: Los bancos de sangre realizan campañas de concienciación y promoción de la donación voluntaria de sangre para garantizar un suministro adecuado y seguro.

Mantenimiento de registros: Se mantienen registros precisos de las donaciones, pruebas, distribución y seguimiento de sangre y componentes sanguíneos.

Educación: Los bancos de sangre brindan educación a profesionales de la salud sobre el uso adecuado de la sangre y componentes sanguíneos y la gestión de la sangre en situaciones de emergencia.

Los bancos de sangre desempeñan un papel vital en la atención médica al garantizar el acceso a sangre segura y compatible para pacientes en momentos críticos. La gestión efectiva de la sangre y la promoción de la donación son fundamentales para la salud y la seguridad de la comunidad.

2 Objetivos

Mostrar las funciones del celador en el banco de sangre 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 rol del celador en un banco de sangre del hospital es fundamental para garantizar el funcionamiento eficiente y seguro de esta área crucial de la atención médica. Aquí se describen algunas de las funciones clave de un celador en un banco de sangre:

Recepción de donantes: Los celadores reciben a los donantes de sangre y los guían a la zona de registro. Proporcionan información sobre el proceso de donación y garantizan que los donantes se sientan cómodos y bienvenidos.

Asistencia en la sala de donación: Ayudan en la preparación de los donantes antes de la donación, como la verificación de la identificación y la toma de signos vitales. También asisten en el proceso de donación de sangre, asegurándose de que se sigan los procedimientos de forma segura y eficiente.

Transporte de muestras: Los celadores son responsables de recoger y transportar las muestras de sangre donada a las áreas de procesamiento y análisis, garantizando la trazabilidad y el manejo adecuado de las muestras.

Almacenamiento de productos sanguíneos: Contribuyen a la correcta disposición y almacenamiento de las unidades de sangre y componentes sanguíneos en condiciones de temperatura y humedad controladas.

Mantenimiento de registros: Llevan registros precisos de donaciones, muestras y unidades de sangre para mantener un seguimiento adecuado y documentación de la sangre donada.

Gestión de emergencias: Los celadores deben estar preparados para actuar en situaciones de emergencia, como reacciones adversas a la donación o problemas con el equipo de donación de sangre.

Apoyo a la educación y promoción: Participan en campañas de promoción de la donación de sangre y educación de la comunidad para aumentar la concienciación sobre la importancia de donar sangre.

Colaboración interprofesional: Trabajan en estrecha colaboración con el personal médico y de laboratorio para asegurar que las donaciones sean seguras y que los productos sanguíneos estén listos para su uso.

Control de acceso: Los celadores aseguran que solo personal autorizado tenga acceso a las áreas críticas del banco de sangre, garantizando la seguridad y la

integridad de las donaciones y unidades de sangre almacenadas.

Apoyo emocional: Ofrecen apoyo y comprensión a los donantes, reconociendo la importancia de su contribución en la atención médica y mostrando empatía hacia sus preocupaciones.

El celador en un banco de sangre desempeña un papel multifacético en la gestión de donaciones de sangre seguras y en el apoyo a los donantes. Su compromiso con la seguridad y la atención a los donantes es esencial para garantizar que la sangre y los componentes sanguíneos estén disponibles para pacientes que los necesiten en situaciones de emergencia o tratamientos médicos.

5 Discusión-Conclusión

Para un buen funcionamiento del banco de sangre del hospital, los celadores pueden considerar las siguientes recomendaciones:

En primer lugar, mantener un alto nivel de sensibilidad y empatía al interactuar con los donantes de sangre es esencial. Reconozcan la importancia de su contribución y ofrezcan un ambiente acogedor y seguro para alentar la donación.

En segundo lugar, la seguridad y la precisión son fundamentales en la gestión de las muestras de sangre. Asegúrense de seguir rigurosamente los procedimientos de recolección, almacenamiento y transporte, y mantengan una comunicación efectiva con el personal de laboratorio y el banco de sangre para garantizar la trazabilidad.

Además, la formación continua y la actualización en las prácticas y normativas de donación de sangre son esenciales. Manténganse informados sobre las últimas pautas y recomendaciones para asegurar la seguridad de las donaciones.

Estas recomendaciones ayudarán a los celadores a desempeñar su papel en la operación exitosa del banco de sangre, asegurando la disponibilidad de sangre segura y vital para la atención médica.

6 Bibliografía

Gutiérrez Mejía, N. I., & Perdomo Forero, X. Implementación del sistema de gestión de la calidad bajo la norma NTC-ISO 9001: 2015 en el banco de sangre

del Hospital Departamental de Villavicencio ESE (Doctoral dissertation, Universidad Santo Tomás).

Capítulo 698

LA TUBERCULOSIS, CUIDADOS DE ENFERMERÍA

GLORIA MARIA COLLADO IZQUIERDO

PILAR BARQUERO LINDO

PAULA MORENO CIVANTOS

BÁRBARA TRANCOSO FERNÁNDEZ

PILAR MOYA MARTÍNEZ

1 Introducción

La tuberculosis, una enfermedad milenaria que ha dejado su huella en la historia de la humanidad, sigue siendo un desafío significativo para la salud pública en todo el mundo. A pesar de los avances médicos y científicos, esta enfermedad bacteriana persiste como una amenaza global, afectando a millones de personas anualmente. Los cuidados de enfermería desempeñan un papel esencial en la prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento efectivo de la tuberculosis.

La tuberculosis, causada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*, se propaga a través del aire y afecta principalmente los pulmones, aunque puede afectar a otros órganos del cuerpo. Sus síntomas pueden ser sutiles al principio, lo que la convierte en una enfermedad traidora que puede pasar desapercibida durante un tiempo antes de manifestarse completamente. Además, la resistencia a los medicamentos se ha convertido en un desafío adicional, haciendo que el manejo de esta enfermedad sea aún más complejo.

En este contexto, los profesionales de enfermería desempeñan un papel vital en la atención de los pacientes con tuberculosis. Su labor abarca desde la identificación de los síntomas y el apoyo en el diagnóstico, hasta la administración de tratamientos complejos, el seguimiento de los pacientes y la educación sobre medidas de prevención para evitar la propagación de la enfermedad. Los cuidados de enfermería no solo son fundamentales para el bienestar de los pacientes, sino que también son esenciales para controlar la expansión de la tuberculosis en la comunidad.

En esta exploración detallada de los cuidados de enfermería en el contexto de la tuberculosis, exploraremos los aspectos clave de la atención a pacientes con esta enfermedad, destacando la importancia de la vigilancia constante, la administración precisa de medicamentos, el apoyo emocional y la educación sobre la prevención. Además, examinaremos las estrategias para reducir la estigmatización asociada con la tuberculosis y cómo la enfermería puede desempeñar un papel central en la lucha contra esta antigua y persistente amenaza para la salud global.

2 Objetivos

1. Identificar y evaluar a pacientes con síntomas compatibles con la tuberculosis para un diagnóstico rápido y preciso.
2. Describir el tratamiento antimicrobiano adecuado de manera oportuna y efectos secundarios.

3 Metodología

Para elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas al respecto de este tema.

4 Resultados

Los cuidados de enfermería para pacientes con tuberculosis (TB) son fundamentales para el tratamiento y la prevención de la propagación de la enfermedad. Aquí tienes algunos aspectos clave de los cuidados de enfermería para pacientes con tuberculosis:

1. Educación del paciente: Proporcionar información detallada al paciente sobre la tuberculosis, su transmisión, el tratamiento y la importancia de la adherencia al mismo. Ayudar al paciente a comprender la necesidad de tomar los medicamentos de manera consistente.
2. Aislamiento y precauciones de control de infecciones: Identificar a los pacientes con TB activa y aislarlos en habitaciones individuales con ventilación adecuada o utilizar máscaras respiratorias (N95) para reducir la propagación de la enfermedad. Enseñar a los pacientes sobre las precauciones de higiene respiratoria, como cubrirse la boca y la nariz al toser o estornudar.
3. Administración de medicamentos: Asegurarse de que el paciente tome los medicamentos antituberculosos según la prescripción médica. Realizar un seguimiento de la adherencia y observar cualquier efecto secundario de los medicamentos.
4. Monitoreo clínico: Realizar un seguimiento regular de la evolución clínica del paciente, incluyendo la evaluación de los síntomas, la toma de muestras para pruebas de laboratorio y la monitorización de la función hepática, ya que algunos medicamentos pueden afectar el hígado.
5. Apoyo nutricional: Evaluar la ingesta de alimentos del paciente y proporcionar orientación sobre una dieta equilibrada para mantener la fuerza y la resistencia durante el tratamiento. En algunos casos, puede ser necesario ofrecer suplementos nutricionales.
6. Apoyo emocional: La tuberculosis puede ser una enfermedad estigmatizada y emocionalmente difícil para el paciente. Proporcionar apoyo emocional, escuchar las preocupaciones del paciente y conectarlo con recursos de apoyo psicológico si es necesario.
7. Educación sobre el seguimiento: Explicar al paciente la importancia de seguir el tratamiento hasta su finalización, incluso si los síntomas desaparecen antes. También es fundamental que el paciente comprenda la necesidad de realizarse controles regulares para monitorear la efectividad del tratamiento.
8. Educación para la prevención: Informar al paciente sobre cómo prevenir la propagación de la enfermedad a otras personas, incluyendo la importancia de seguir las precauciones de higiene respiratoria y evitar el contacto cercano con personas vulnerables.

9. Trabajo en equipo: Colaborar estrechamente con otros profesionales de la salud, como médicos, microbiólogos y trabajadores sociales, para garantizar una atención integral y coordinada del paciente.

10. Seguimiento de contactos: Identificar y evaluar a las personas que han estado en contacto cercano con el paciente infectado y realizar pruebas de detección de la TB si es necesario.

Estos son algunos de los cuidados de enfermería esenciales para pacientes con tuberculosis. Es importante que el tratamiento y la atención sean personalizados según las necesidades específicas de cada paciente y se realicen bajo la supervisión de un equipo de atención médica especializado en enfermedades infecciosas y tuberculosis.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, los cuidados de enfermería desempeñan un papel esencial en el manejo de la tuberculosis (TB), una enfermedad infecciosa globalmente significativa debido a su impacto en la salud pública y la calidad de vida de los pacientes. La TB es una afección compleja que requiere una atención integral y multidisciplinaria, y los enfermeros y enfermeras son miembros clave del equipo de atención médica que desempeñan un papel crítico en la prestación de cuidados de calidad a los pacientes con TB.

La educación es un pilar fundamental de la atención de enfermería en casos de TB. Los enfermeros deben proporcionar información detallada sobre la enfermedad, su transmisión y el tratamiento a los pacientes y sus familias. Esto es fundamental para aumentar la comprensión del paciente sobre su afección y promover la adherencia al tratamiento, lo que a su vez es esencial para el éxito terapéutico y la prevención de la resistencia a los medicamentos.

El monitoreo clínico constante de los pacientes con TB es otra responsabilidad clave de los enfermeros. Esto incluye la evaluación regular de los síntomas, la administración de medicamentos antituberculosos según las indicaciones médicas, y la realización de pruebas de laboratorio para evaluar la efectividad del tratamiento y detectar posibles efectos secundarios. Los enfermeros también deben estar atentos a las necesidades nutricionales de los pacientes, proporcionando orientación sobre una dieta adecuada y, en algunos casos, administrando suplementos nutricionales para mantener la fuerza y la resistencia.

La gestión de la infección y el control de la propagación de la TB son componentes críticos de la atención de enfermería. Los enfermeros deben asegurarse de que los pacientes con TB activa estén aislados adecuadamente y sigan las precauciones de higiene respiratoria para evitar la transmisión de la enfermedad a otras personas. Esto implica la identificación temprana de los casos de TB, la implementación de medidas de aislamiento, y la educación del paciente sobre cómo prevenir la propagación de la enfermedad.

Además de las responsabilidades clínicas, los enfermeros también desempeñan un papel fundamental en el apoyo emocional de los pacientes con TB. La TB puede ser una enfermedad estigmatizada y emocionalmente desafiante, y los enfermeros deben estar preparados para escuchar y abordar las preocupaciones emocionales de los pacientes, además de conectarlos con recursos de apoyo psicológico cuando sea necesario.

En última instancia, los cuidados de enfermería son esenciales para el éxito en el manejo de la TB, tanto a nivel individual como en términos de salud pública. Los enfermeros y enfermeras contribuyen significativamente a la curación de los pacientes y a la prevención de la propagación de la enfermedad en las comunidades. Su dedicación, conocimientos y habilidades son fundamentales para abordar esta enfermedad infecciosa grave y seguir avanzando hacia la erradicación de la TB a nivel mundial.

6 Bibliografía

1. "Manual de diagnóstico y tratamiento de tuberculosis" - Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR).
2. "Tuberculosis en el Siglo XXI: Actualización y tratamiento" - Eladio Jiménez Mejías y Rafael Luque Tevar.
3. "Manual de enfermería en el tratamiento de la tuberculosis" - Carmen Alcaraz Marín y María López Soria.
4. "Tuberculosis: Epidemiología, diagnóstico y tratamiento" - Ildemar Reyes Moreno y Alvaro Santana Rodríguez.
5. "Cuidados de enfermería en pacientes con tuberculosis" - Carmen E. Asensio González, María M. Cabezuelo Romero y María D. González Jiménez.

Capítulo 699

LA TERAPIA COMPRESIVA EN LAS ÚLCERAS VENOSAS POR PARTE DE ENFERMERÍA

GLORIA MARIA COLLADO IZQUIERDO

PILAR BARQUERO LINDO

PAULA MORENO CIVANTOS

BÁRBARA TRANCOSO FERNÁNDEZ

PILAR MOYA MARTÍNEZ

1 Introducción

La terapia compresiva es una piedra angular en el tratamiento de las úlceras venosas, desempeñando un papel fundamental en la atención de pacientes con esta afección crónica. En este contexto, la enfermería juega un papel esencial, ya que desempeña un rol fundamental en la planificación, implementación y seguimiento de esta terapia. Las úlceras venosas son lesiones cutáneas crónicas, dolorosas y debilitantes que afectan a un número significativo de personas en todo el mundo. Estas úlceras se desarrollan como resultado de una insuficiencia venosa crónica, que impide que la sangre fluya correctamente desde las extremidades inferiores de vuelta al corazón, lo que lleva a una acumulación de sangre en las venas y a la formación de úlceras.

La terapia compresiva se ha consolidado como el enfoque terapéutico más efectivo para el tratamiento de las úlceras venosas, ya que tiene como objetivo principal mejorar el flujo sanguíneo venoso, reducir la hinchazón y promover la cicatrización de las heridas. Sin embargo, la aplicación adecuada de esta terapia requiere una comprensión profunda de los principios y técnicas involucradas, así como una atención meticulosa a las necesidades individuales de cada paciente. Los profesionales de enfermería desempeñan un papel crucial en el manejo de las úlceras venosas, ya que están en la primera línea de atención al paciente. Su capacidad para evaluar, diagnosticar y tratar estas heridas, así como para educar a los pacientes sobre la importancia del autocuidado y la adherencia al tratamiento, es esencial para el éxito a largo plazo de la terapia compresiva. Además, la enfermería se encarga de realizar cambios de apósitos, monitorear el progreso de la cicatrización y ajustar la terapia según sea necesario.

En este sentido, esta introducción busca resaltar la importancia de la terapia compresiva en el manejo de las úlceras venosas y el papel esencial que desempeña el personal de enfermería en la implementación efectiva de esta terapia. A lo largo de este documento, exploraremos en detalle los principios y técnicas de la terapia compresiva, así como las habilidades y conocimientos necesarios para brindar una atención de calidad a los pacientes que sufren de úlceras venosas. También discutiremos los beneficios de una colaboración interdisciplinaria en el tratamiento de estas afecciones, ya que la enfermería trabaja en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud, como médicos, fisioterapeutas y podólogos, para garantizar un enfoque integral en el cuidado de los pacientes con úlceras venosas. En resumen, la terapia compresiva en las úlceras venosas es un tema de gran relevancia en la práctica de enfermería, y su dominio es esencial para proporcionar una atención de calidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados.

2 Objetivos

Dar a conocer el uso de la terapia compresiva en el tratamiento de úlceras venosas.

3 Metodología

Para elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, seleccionando artícu-

los científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas al respecto de este tema.

4 Resultados

La terapia compresiva en las úlceras venosas por parte de enfermería es un elemento crucial en el tratamiento de esta afección crónica.

1. Los profesionales de enfermería desempeñan un papel esencial en la planificación, implementación y seguimiento de la terapia compresiva en las úlceras venosas. Su capacidad para evaluar, diagnosticar y tratar estas heridas, así como para educar a los pacientes sobre el autocuidado y la adherencia al tratamiento, es crucial para el éxito a largo plazo de la terapia.

2 La terapia compresiva tiene como objetivo principal mejorar el flujo sanguíneo venoso, reducir la hinchazón y promover la cicatrización de las úlceras venosas. Los enfermeros son responsables de aplicar esta terapia de manera adecuada y ajustarla según las necesidades individuales de cada paciente.

3. La enfermería trabaja en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud, como médicos, fisioterapeutas y podólogos, para garantizar un enfoque integral en el cuidado de los pacientes con úlceras venosas. Esta colaboración es esencial para proporcionar una atención completa y efectiva.

4. Los enfermeros tienen la responsabilidad de educar a los pacientes sobre la importancia de la terapia compresiva, el seguimiento de las recomendaciones médicas y el autocuidado. Esto contribuye significativamente a mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados.

5. Además de aplicar la terapia compresiva, los enfermeros son responsables de monitorear el progreso de la cicatrización de las heridas y realizar cambios de apósitos según sea necesario. Esto requiere una atención meticulosa y un seguimiento continuo.

En resumen, la terapia compresiva en las úlceras venosas es un aspecto fundamental de la atención proporcionada por los enfermeros. Su competencia en esta área es esencial para mejorar la calidad de vida de los pacientes y lograr resultados exitosos en el tratamiento de esta afección crónica.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la terapia compresiva desempeña un papel inestimable en el tratamiento de las úlceras venosas, una afección crónica que afecta a un número significativo de personas en todo el mundo. Estas dolorosas y debilitantes lesiones cutáneas son el resultado de la insuficiencia venosa crónica, lo que conduce a una acumulación de sangre en las venas y, en última instancia, a la formación de úlceras. La terapia compresiva se ha establecido como el enfoque terapéutico más efectivo para abordar estas úlceras, ya que sus objetivos principales son mejorar el flujo sanguíneo venoso, reducir la hinchazón y fomentar la cicatrización de las heridas.

En este contexto, los profesionales de enfermería emergen como actores cruciales en la atención y el manejo de las úlceras venosas. Su papel es multifacético y fundamental, ya que abarca desde la planificación y aplicación de la terapia compresiva hasta el seguimiento continuo de la cicatrización de las heridas. Los enfermeros y enfermeras no solo son responsables de asegurarse de que se aplique la terapia compresiva de manera adecuada, sino que también deben adaptarla a las necesidades específicas de cada paciente. Su capacidad para evaluar, diagnosticar y tratar estas heridas, así como para educar a los pacientes sobre la importancia del autocuidado y la adhesión al tratamiento, es esencial para lograr resultados exitosos a largo plazo.

La colaboración interdisciplinaria se erige como un pilar fundamental en el tratamiento de las úlceras venosas. Los profesionales de enfermería trabajan en estrecha colaboración con otros expertos de la salud, como médicos, fisioterapeutas y podólogos, para garantizar un enfoque holístico en el cuidado de los pacientes. Esta colaboración permite una atención más completa y efectiva, aprovechando las distintas perspectivas y conocimientos de cada especialidad para ofrecer un cuidado integral y personalizado.

Además, los enfermeros también tienen la responsabilidad de empoderar a los pacientes a través de la educación. Informar a los pacientes sobre la importancia de seguir las recomendaciones médicas, llevar a cabo el autocuidado y mantener una buena higiene es fundamental para su recuperación y para prevenir recurrencias. Esta labor educativa no solo impacta en la calidad de vida de los pacientes sino que también contribuye a reducir la carga de la enfermedad y los costos asociados.

6 Bibliografía

1. "Úlceras venosas: tratamiento actual" de Carmen Cuadrado Gómez y Manuel Linares Cebrián.
2. "Úlceras Venosas. Cómo evitarlas y cómo tratarlas" de Pedro Alfonso.
3. "Úlceras Vasculares: Diagnóstico y tratamiento" de José Almeida.
4. "Guía para el manejo de úlceras venosas en atención primaria" de María Jesús López-Durán, et al.
5. "Actualización en el tratamiento de las úlceras venosas" de Juan Carlos Estébanez García.
6. "Nursing Clinics of North America" - Volumen dedicado a "Chronic Wound Care."

Capítulo 700

TRATAMIENTO ENFERMERO ANTE LA ANSIEDAD PREQUIRÚRGICA EN EMBARAZADAS.

MIGUEL ÁNGEL PEINADO MUÑOZ

ISABEL ILLANA LÓPEZ

FRANCISCO JAVIER CASTRO BARRIOS

PATRICIA BLANCO ESTEBAN

NATALIA HONRADO GIRON

1 Introducción

El tratamiento enfermero ante la ansiedad prequirúrgica en mujeres embarazadas es un aspecto crucial de la atención médica que busca garantizar tanto la salud de la madre como la del feto. La ansiedad prequirúrgica se refiere a la preocupación, el miedo y la tensión que experimentan las mujeres embarazadas antes de someterse a una cirugía programada o incluso a procedimientos médicos invasivos. Este estado emocional puede ser especialmente desafiante durante el embarazo, ya que la gestante debe lidiar con las preocupaciones propias de su condición y las relacionadas con el procedimiento quirúrgico. En este contexto, los profesionales de enfermería desempeñan un papel fundamental al proporcionar un enfoque de atención integral y personalizado.

La ansiedad prequirúrgica en embarazadas puede ser causada por una variedad de factores, que van desde el temor a las complicaciones médicas hasta la incertidumbre sobre el bienestar del feto durante y después del procedimiento. El impacto emocional de la cirugía en una mujer embarazada no debe subestimarse, ya que puede influir en la respuesta fisiológica al estrés, la presión arterial y, potencialmente, en el curso del embarazo.

El tratamiento enfermero en este escenario se basa en una combinación de estrategias que buscan abordar tanto los aspectos físicos como los emocionales de la ansiedad prequirúrgica.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones de la enfermería ante la ansiedad posquirúrgica en embarazadas.

3 Metodología

Para elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas al respecto de este tema.

4 Resultados

El tratamiento de la ansiedad prequirúrgica en embarazadas es un tema importante y debe abordarse de manera cuidadosa y específica para garantizar la seguridad tanto de la madre como del feto. Los enfermeros desempeñan un papel clave en la atención de las embarazadas que necesitan cirugía y que experimentan ansiedad preoperatoria:

- Reducción de la ansiedad: El objetivo principal del tratamiento es reducir los niveles de ansiedad en las embarazadas antes de la cirugía. Los enfermeros pueden utilizar técnicas de relajación, como la respiración profunda y la meditación, para ayudar a las pacientes a controlar su ansiedad.

- Información y educación: Proporcionar información detallada sobre el procedimiento quirúrgico, los riesgos y los beneficios, así como las expectativas postoperatorias, puede ayudar a reducir la ansiedad al eliminar el miedo a lo desconocido.
- Apoyo emocional: Los enfermeros pueden brindar apoyo emocional a las embarazadas, escuchando sus preocupaciones y miedos, y ofreciendo un espacio seguro para que expresen sus emociones.
- Comunicación efectiva: Establecer una comunicación clara y efectiva con las pacientes es esencial. Los enfermeros deben estar disponibles para responder a preguntas y proporcionar tranquilidad en todo momento.
- Colaboración interdisciplinaria: Trabajar en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud, como médicos, psicólogos y trabajadores sociales, puede garantizar un enfoque integral en el tratamiento de la ansiedad prequirúrgica en embarazadas.
- Evaluación continua: Los enfermeros deben realizar evaluaciones periódicas de la ansiedad de las pacientes y ajustar el plan de tratamiento según sea necesario.
- Estrategias farmacológicas: En algunos casos, se puede considerar el uso de medicamentos ansiolíticos bajo la supervisión de un médico. Los enfermeros pueden administrar estos medicamentos según las indicaciones y vigilar los efectos secundarios.
- Planificación del parto: En coordinación con el equipo médico, los enfermeros pueden ayudar a planificar el momento de la cirugía de manera que sea lo más seguro posible tanto para la madre como para el feto.
- Seguimiento postoperatorio: Después de la cirugía, los enfermeros pueden continuar brindando apoyo y cuidados a las embarazadas, monitoreando su recuperación y asegurándose de que estén cómodas y bien atendidas.
- Documentación adecuada: Es esencial llevar un registro detallado de la atención brindada a las pacientes, incluyendo la evaluación de la ansiedad, las intervenciones realizadas y las respuestas de las embarazadas al tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

La ansiedad prequirúrgica en embarazadas es un desafío clínico significativo que requiere una atención especializada y compasiva por parte de los enfermeros y otros profesionales de la salud. La conclusión principal es que abordar esta ansiedad de manera efectiva puede tener un impacto positivo tanto en la experiencia de la paciente como en los resultados clínicos, al garantizar un entorno seguro y cómodo tanto para la madre como para el feto durante el proceso quirúrgico.

En última instancia, el tratamiento de la ansiedad prequirúrgica en embarazadas es un proceso complejo que requiere empatía, habilidades de comunicación, conocimientos clínicos y una comprensión profunda de las necesidades únicas de cada paciente. Los enfermeros desempeñan un papel vital en la promoción de la salud emocional y física de las embarazadas durante esta etapa crítica, contribuyendo así al bienestar general de la madre y el bebé.

6 Bibliografía

1. "Cuidados de enfermería en la paciente embarazada que requiere una intervención quirúrgica" - Autor: José Luis Canca Sánchez - Revista de Enfermería CyL, 2017.
2. "La ansiedad preoperatoria en mujeres embarazadas: revisión bibliográfica" - Autoras: Lara, Jesús Serrano y otros - Revista de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica, 2018.
3. "Evaluación y manejo de la ansiedad preoperatoria en gestantes: revisión narrativa" - Autoras: María Del Pilar Rodríguez Moreno y otros - Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 2018.
4. "Manejo de la ansiedad prequirúrgica en gestantes: revisión de la literatura y propuesta de intervención psicoeducativa" - Autoras: Laura Inés Pinzón Martínez y otros - Revista Colombiana de Enfermería, 2017.
5. "Cuidados de enfermería en la paciente embarazada sometida a cirugía no obstétrica" - Autor: José Antonio Ordóñez Guerrero - Revista Enfermería Global, 2012.

Capítulo 701

EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN EL TRATAMIENTO PARA LAS GRIETAS DEL PEZÓN EN LA LACTANCIA MATERNA

PAULA MORENO CIVANTOS

BÁRBARA TRANCOSO FERNÁNDEZ

PILAR MOYA MARTÍNEZ

GLORIA MARIA COLLADO IZQUIERDO

PILAR BARQUERO LINDO

1 Introducción

La lactancia materna es un proceso fundamental en la nutrición y el desarrollo de los bebés, y es ampliamente reconocida como la mejor forma de proporcionarles los nutrientes esenciales para su crecimiento y desarrollo. Sin embargo, a pesar de sus numerosos beneficios, la lactancia materna puede presentar desafíos para muchas madres, y uno de los problemas más comunes que pueden surgir es el desarrollo de grietas en el pezón. Estas grietas pueden causar dolor, incomodidad y estrés a las madres lactantes, lo que puede afectar negativamente su capacidad para mantener la lactancia.

En este contexto, el papel de la enfermera se vuelve crucial en el tratamiento y manejo de las grietas del pezón durante la lactancia. Las enfermeras desempeñan un papel esencial como educadoras, consejeras y cuidadoras, brindando apoyo integral a las madres lactantes y ayudándolas a superar los desafíos que puedan surgir durante este período crucial de la vida de un bebé y su madre.

Este artículo explorará a fondo el papel fundamental de las enfermeras en el tratamiento de las grietas del pezón durante la lactancia materna. Examinaremos los desafíos que enfrentan las madres lactantes cuando experimentan grietas en el pezón, los factores que contribuyen a su desarrollo, y cómo las enfermeras pueden intervenir para proporcionar un cuidado óptimo y garantizar que las madres puedan continuar amamantando a sus bebés de manera efectiva y cómoda. También analizaremos las estrategias y técnicas que las enfermeras pueden utilizar para aliviar el dolor, promover la curación de las grietas y brindar apoyo emocional a las madres lactantes en este proceso. En última instancia, el objetivo de este artículo es resaltar la importancia del papel de las enfermeras en el tratamiento de las grietas del pezón durante la lactancia materna y destacar su contribución significativa a la promoción de la salud y el bienestar tanto de las madres como de los bebés.

2 Objetivos

Exponer el papel de la enfermera en el tratamiento para las grietas del pezón en la lactancia materna.

3 Metodología

Para elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas al respecto de este tema.

4 Resultados

El papel de la enfermera en el tratamiento de las grietas del pezón en la lactancia materna es fundamental para brindar apoyo y cuidado a las madres lactantes. Las grietas en el pezón son un problema común durante la lactancia materna y pueden ser dolorosas y desalentadoras para las madres.

Los objetivos de la enfermera en este aspecto son:

1. Aliviar el dolor: Uno de los objetivos principales es reducir o eliminar el dolor que experimentan las madres lactantes debido a las grietas del pezón. Esto se logra mediante la implementación de estrategias de cuidado que promuevan la comodidad de la madre durante la lactancia.
2. Promover la curación: Otro objetivo importante es facilitar la curación de las grietas del pezón. Las enfermeras deben trabajar en colaboración con las madres para implementar medidas que ayuden a sanar las heridas de manera efectiva, evitando complicaciones adicionales.
3. Facilitar la lactancia exitosa: El objetivo central es permitir que la madre continúe amamantando a su bebé de manera efectiva y sostenible. Esto implica abordar las grietas del pezón para que no interfieran con la capacidad de la madre para alimentar a su bebé.

Aquí hay algunos de los roles y acciones que desempeña la enfermera en este contexto:

1. Evaluación: La enfermera debe realizar una evaluación cuidadosa de las grietas en el pezón y la lactancia materna en general. Esto incluye observar la posición y el agarre del bebé durante la lactancia para identificar posibles causas de las grietas.
2. Educación: La enfermera debe proporcionar educación a la madre sobre las técnicas de lactancia adecuadas, incluyendo cómo lograr un buen agarre del bebé y cómo posicionar al bebé correctamente durante la alimentación. La educación también puede incluir información sobre el cuidado de los pezones, como el uso de cremas o ungüentos.
3. Apoyo emocional: Las madres que experimentan grietas en el pezón pueden sentirse frustradas, ansiosas o incluso desmotivadas para continuar amamantando. La enfermera puede brindar apoyo emocional, escuchar las preocupaciones de la madre y ofrecer aliento y comprensión.
4. Tratamiento: Dependiendo de la gravedad de las grietas, la enfermera puede recomendar diferentes estrategias de tratamiento. Esto podría incluir el uso de protectores de pezones, compresas frías o calientes, y cremas específicas para el cuidado de los pezones. En casos graves, se puede considerar el uso de suplementos temporales de leche materna o fórmula para permitir que los pezones se curen.
5. Seguimiento: La enfermera debe realizar un seguimiento regular con la madre para evaluar la progresión de las grietas y ajustar el plan de tratamiento según sea necesario. Es importante garantizar que las grietas sanen adecuadamente y que la lactancia materna sea exitosa.

6. Derivación: En casos de complicaciones graves o cuando las grietas no mejoran con el tratamiento inicial, la enfermera puede derivar a la madre a un especialista en lactancia o a un profesional de la salud para una evaluación más completa.

5 Discusión-Conclusión

La enfermera desempeña una serie de funciones interconectadas y fundamentales en este proceso. Comienza con una evaluación precisa de la situación, identificando la extensión de las grietas y buscando posibles factores contribuyentes, como problemas de agarre del bebé o posiciones inadecuadas durante la lactancia. Esta evaluación proporciona la base para el plan de tratamiento individualizado que la enfermera desarrolla en colaboración con la madre.

La educación es otra faceta crucial del papel de la enfermera. Proporciona a las madres conocimientos esenciales sobre las técnicas adecuadas de lactancia, incluyendo cómo lograr un agarre óptimo del bebé y cómo posicionarlo correctamente. Este empoderamiento a través de la educación es esencial, ya que permite a las madres tomar medidas para evitar futuras complicaciones y fomenta una lactancia exitosa.

Además de la educación, la enfermera ofrece un valioso apoyo emocional. Las madres que enfrentan grietas en el pezón pueden experimentar una amplia gama de emociones, desde frustración hasta ansiedad. La enfermera brinda un espacio para expresar estas preocupaciones, proporciona aliento y apoyo emocional, lo que es esencial para mantener la motivación de la madre para continuar amamantando.

El tratamiento de las grietas incluye diversas estrategias, como el uso de protectores de pezones, cremas específicas, técnicas de cuidado y, en casos más graves, la consideración de suplementos temporales de leche materna o fórmula. La enfermera trabaja en estrecha colaboración con la madre para elegir las opciones de tratamiento más adecuadas para su situación particular.

El seguimiento constante es una parte esencial del proceso, ya que permite a la enfermera evaluar la efectividad del tratamiento y realizar ajustes según sea necesario. Esto garantiza que las grietas se curen adecuadamente y que la lactancia materna se mantenga exitosa.

En situaciones en las que las grietas persisten o son graves, la enfermera puede derivar a la madre a un especialista en lactancia o a un profesional de la salud

para una evaluación más exhaustiva y tratamiento avanzado.

En resumen, el papel de la enfermera en el tratamiento de las grietas del pezón en la lactancia materna es integral y multifacético. Su compromiso con la evaluación, educación, apoyo emocional, tratamiento y seguimiento es esencial para ayudar a las madres a superar este desafío común y promover una lactancia materna exitosa, lo que a su vez contribuye al bienestar tanto de la madre como del bebé. La enfermera, a través de su cuidado y atención, desempeña un papel crucial en la experiencia de la lactancia materna y en el camino hacia la salud y el bienestar de la familia.

6 Bibliografía

1. "Lactancia Materna: Guía para Profesionales" de Ruth A. Lawrence y Robert M. Lawrence.
2. "Cuidados de Enfermería en la Lactancia Materna" de Isabel Gutiérrez García y Josefa Martínez Caro.
3. "Manual de Lactancia Materna" de la Asociación Española de Pediatría (AEP).
4. "Promoción de la Lactancia Materna: Un Enfoque Multidisciplinario" de Varios Autores.
5. Revistas académicas: Puedes buscar artículos relacionados en revistas académicas en español, como la Revista Española de Salud Pública, la Revista de Enfermería y la Revista Española de Nutrición Comunitaria, que a menudo publican investigaciones y estudios relacionados con la lactancia materna y el papel de la enfermera.

Capítulo 702

EL CELADOR Y EL TRASLADO DE DOCUMENTOS, OBJETOS Y EL MANEJO DE LA DOCUMENTACIÓN SANITARIA

VIOLETA CARRETERO RODRIGUEZ-REY

ÁNGELA GÓMEZ DEL MORAL RODRÍGUEZ-BOBADA

FE SERRANO DE LA CRUZ JIMENEZ

MARIA RAMIREZ BUITRAGO

MIGUEL ÁNGEL RAMÍREZ BUITRAGO

1 Introducción

El traslado de documentos, objetos y el manejo de la documentación sanitaria son procesos cruciales en el entorno de atención médica. Aquí se describen los aspectos esenciales de estas actividades:

Documentos y objetos: En un hospital, es común que se deban transportar documentos médicos, muestras biológicas, equipos médicos y otros objetos de un lugar a otro. Esto puede incluir la transferencia de historiales clínicos, resultados de pruebas, muestras de laboratorio y suministros médicos.

Responsabilidad: El personal encargado del traslado de estos elementos debe

asumir la responsabilidad de garantizar que lleguen de manera segura y oportuna a su destino. Esto incluye seguir protocolos específicos y asegurarse de que los objetos estén debidamente etiquetados.

Manejo de documentación sanitaria: La documentación sanitaria incluye registros médicos, informes de diagnóstico, órdenes médicas y otros documentos confidenciales. Su manejo debe cumplir con las normativas de privacidad y seguridad de la información.

Registro y trazabilidad: Es esencial llevar un registro adecuado de todos los elementos trasladados. Esto asegura que se pueda realizar un seguimiento preciso en caso de que surja alguna pregunta o problema.

Comunicación: La comunicación efectiva es clave para asegurar que los elementos sean trasladados al personal o departamento correcto. El personal de traslado debe estar en contacto con el personal de destino y responder a las necesidades específicas.

Normativas y procedimientos: Tanto el personal de traslado como el de atención médica deben seguir los procedimientos y protocolos establecidos por el hospital para garantizar la seguridad y la eficiencia en el manejo de documentos y objetos.

El traslado de documentos y objetos, así como el manejo de documentación sanitaria, son actividades que requieren atención meticulosa y cuidado. La integridad de los registros médicos y la entrega segura de objetos son esenciales para la atención al paciente y el funcionamiento eficiente del entorno de salud.

2 Objetivos

Mostrar las funciones del celador en los procesos y situaciones que se describen en el título en el puesto de trabajo dentro del centro 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 traslado de documentos, objetos y el manejo de la documentación sanitaria son procesos fundamentales en el entorno de atención médica que garantizan una atención eficaz y segura a los pacientes. Aquí se describen en detalle estos aspectos:

Traslado de Documentos y Objetos: En un hospital, la necesidad de trasladar documentos y objetos es constante. Esto puede incluir informes médicos, resultados de pruebas, muestras biológicas, medicamentos, suministros médicos, equipos y otros elementos esenciales para la atención al paciente. El personal encargado de este traslado debe asegurarse de que todo llegue a su destino de manera segura y oportuna.

Responsabilidad y Etiquetado: La responsabilidad es un factor crítico en el traslado de objetos y documentos. Cada elemento debe estar debidamente etiquetado y documentado para evitar confusiones o pérdidas. Esto es especialmente importante cuando se trata de muestras biológicas que requieren identificación precisa.

Manejo de Documentación Sanitaria: La documentación sanitaria, que incluye historiales clínicos, órdenes médicas, registros de enfermería y otros documentos médicos, es altamente confidencial. El manejo de esta información debe cumplir con las normativas de privacidad y seguridad de la información. La confidencialidad es esencial para proteger los derechos del paciente.

Registro y Trazabilidad: Mantener registros precisos de lo que se traslada y a dónde es esencial para la trazabilidad. En caso de que surja una pregunta o un problema, contar con un registro adecuado facilita la revisión y resolución de problemas.

Comunicación: La comunicación efectiva es clave para asegurarse de que los elementos sean trasladados al personal o departamento correcto. El personal de traslado debe estar en contacto con el personal de destino y responder a las necesidades específicas, como entregar resultados de pruebas a un médico o llevar muestras al laboratorio.

Normativas y Procedimientos: Tanto el personal de traslado como el de atención médica deben seguir los procedimientos y protocolos establecidos por el hospital. Esto garantiza la seguridad y la eficiencia en el manejo de documentos y objetos y evita posibles errores.

El traslado de documentos, objetos y la gestión de la documentación sanitaria son aspectos críticos de la atención médica. Un enfoque meticuloso y una comunicación efectiva son esenciales para garantizar que los elementos se muevan de manera segura y se maneje la información de forma confidencial y eficiente.

5 Discusión-Conclusión

Para un buen tratamiento del traslado de documentos, objetos y el manejo de la documentación sanitaria, los celadores pueden considerar las siguientes recomendaciones:

En primer lugar, la atención meticulosa a los detalles es esencial. Asegúrate de revisar cuidadosamente etiquetas y documentos para garantizar la coincidencia con la información de destino. Evitar confusiones o errores es de vital importancia.

La comunicación efectiva es clave. Mantén una comunicación constante con el personal de destino para coordinar la entrega o el retiro de documentos y objetos de manera oportuna. Esto asegura que el proceso sea fluido y eficiente, reduciendo el riesgo de retrasos.

Además, sigue los procedimientos y protocolos establecidos por el hospital para garantizar la seguridad y la confidencialidad de la documentación sanitaria. Esto implica un manejo cuidadoso y respetuoso de información sensible. El celador juega un papel crucial en la cadena de custodia de documentos y objetos, y su diligencia es esencial para mantener la calidad de la atención al paciente y la integridad de la información médica.

6 Bibliografía

Anchundia, M. N. (2021). Estrategia de motivación a la lectura digital en tiempos de emergencia sanitaria. Caso: Carrera de Bibliotecología, Documentación y Archivo de la UTM. *ReHuSo: Revista de Ciencias Humanísticas y Sociales*, 6(1), 103-110.

Capítulo 703

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA SALA DE TRIAJE DE URGENCIAS

VIOLETA CARRETERO RODRIGUEZ-REY

ÁNGELA GÓMEZ DEL MORAL RODRÍGUEZ-BOBADA

FE SERRANO DE LA CRUZ JIMENEZ

MARIA RAMIREZ BUITRAGO

MIGUEL ÁNGEL RAMÍREZ BUITRAGO

1 Introducción

La sala de triaje de urgencias es un componente esencial de cualquier departamento de urgencias en un hospital. Esta área se designa para evaluar y clasificar a los pacientes en función de la gravedad de sus condiciones médicas, lo que permite asignar los recursos médicos de manera adecuada. Aquí se describen algunos aspectos clave de la sala de triaje:

Evaluación inicial: En la sala de triaje, el personal de enfermería o médicos de urgencias lleva a cabo una evaluación inicial de los pacientes que llegan al hospital. Esto implica determinar su nivel de urgencia, lo cual se basa en la gravedad de la enfermedad o lesión, y si su vida está en peligro.

Clasificación de triaje: Los pacientes se dividen en categorías que indican su nivel de urgencia. Esto generalmente sigue un sistema de clasificación, como el Proto-

colo de Manchester o el Sistema de Triage de Emergencias (SETS). Las categorías pueden incluir emergente, urgente, no urgente y no urgente.

Asignación de recursos: El objetivo principal del triaje es asignar recursos de manera adecuada. Los pacientes con afecciones más críticas reciben atención inmediata, mientras que los menos graves pueden esperar si es necesario. Esto optimiza la atención y garantiza que los pacientes con mayor necesidad reciban atención prioritaria.

Comunicación y registro: El personal de triaje debe comunicar eficazmente con el personal médico y de enfermería para asegurarse de que se asignen los recursos adecuados. También se realiza un registro completo de la evaluación de cada paciente.

Educación y consuelo: En la sala de triaje, es importante proporcionar información y apoyo básico a los pacientes y sus familiares. Esto puede ayudar a reducir la ansiedad y mejorar la experiencia en medio de una situación de emergencia.

La sala de triaje es una parte crucial del proceso de atención de urgencias, ya que asegura que los pacientes sean tratados en función de la gravedad de su situación. Esto garantiza que los recursos se utilicen de manera eficiente y que se brinde atención a quienes más lo necesitan.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del celador en los procesos y situaciones que se describen en el título en el puesto de trabajo dentro del centro hospitalario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las funciones del celador en la sala de triaje de urgencias son esenciales para el funcionamiento eficiente y organizado de este crucial punto de entrada al departamento de emergencias en un hospital. Aquí se describen algunas de las responsabilidades clave del celador en esta área:

Recepción y orientación: El celador es a menudo la primera persona con la que se encuentra un paciente al llegar a la sala de triaje. Debe recibir al paciente de manera amable, proporcionar orientación sobre el proceso de triaje y recopilar información básica, como el nombre y la razón de la visita.

Registro de pacientes: El celador puede ayudar en el registro de pacientes en la sala de triaje. Esto puede incluir verificar la identificación del paciente, la documentación necesaria y el motivo de la visita. Una documentación precisa es esencial para llevar un registro adecuado de cada paciente.

Acompañamiento de pacientes: En algunos casos, el celador puede ser responsable de acompañar a los pacientes al área de triaje o a otras secciones del departamento de emergencias, como radiología o salas de espera. Debe garantizar que los pacientes se trasladen de manera segura y cómoda.

Asistencia a enfermeros y médicos: El celador brinda apoyo al personal de enfermería y médicos en la sala de triaje. Esto puede incluir ayudar en la movilización de pacientes, tomar signos vitales, realizar procedimientos de bajo riesgo y asegurarse de que los pacientes reciban atención de manera oportuna.

Mantenimiento del orden: El celador es responsable de mantener la sala de triaje organizada y limpia. Esto incluye la reposición de suministros, la eliminación segura de desechos médicos y la garantía de que el área esté lista para recibir a los pacientes de manera efectiva.

Colaboración con el equipo de triaje: El celador trabaja en estrecha colaboración con el personal de triaje, como enfermeros y médicos, para asegurarse de que los pacientes se evalúen y clasifiquen adecuadamente en función de su gravedad.

Brindar apoyo emocional: En situaciones de emergencia, los pacientes y sus familias pueden estar ansiosos o angustiados. El celador puede ofrecer apoyo emocional, calma y comprensión a los pacientes, lo que puede mejorar su experiencia en un momento de estrés.

La contribución del celador en la sala de triaje es invaluable para garantizar que los pacientes sean atendidos de manera oportuna y efectiva, y que el área se mantenga organizada y en funcionamiento. Su presencia y ayuda son esenciales para mantener la eficiencia y la calidad de la atención en el departamento de emergencias.

5 Discusión-Conclusión

Para un buen desempeño en la sala de triaje de urgencias, el celador debe priorizar la empatía y la eficiencia. Primero, es esencial mantener una actitud amable y compasiva hacia los pacientes y sus familias, ya que pueden estar pasando por momentos de estrés. La comunicación clara y tranquilizadora puede marcar la diferencia en su experiencia. En segundo lugar, se debe mantener un alto nivel de organización y estar preparado para asistir al personal médico en cualquier momento. La capacidad de anticipar las necesidades y colaborar eficazmente es clave. Mantener una higiene personal rigurosa y seguir los protocolos de seguridad y esterilización también es fundamental para mantener la seguridad de los pacientes en la sala de triaje.

6 Bibliografía

1. Ortega, J. M. R., Alonso, S. R. L., Ortega, P. J. M., Oller, C. C., & Mula, J. T. M. (2020). Triaje enfermero y tiempos de asistencia a pacientes con síndrome coronario agudo en urgencias hospitalarias. Revisión panorámica. *Enfermería en cardiología: revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología*, (79), 72-79.

Capítulo 704

FUNCIÓN DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA

PEDRO FRANCISCO MOLINA ARMERO

1 Introducción

En el servicio de radiología, los celadores van a desempeñar un papel comprometido, el cual va a implicar diversas funciones que se necesiten para sostener un flujo de trabajo que sea eficiente y garantice la comodidad del paciente. Su tarea va a ser desde recibir al paciente que se dirija a este servicio hasta registrarlos y preparar el procedimiento que sea necesario llevar a cabo.

De las funciones más relevantes de los celadores en esta unidad va a ser la atención al paciente. En tal que el paciente llega al paciente, el celador lo va a recibir con una bienvenida y le va a dar información sobre el procedimiento que se debe realizar, también ayuda a complementar información que se necesite. Es primera toma de contacto va a ser importante para tranquilizar al paciente si se encuentra impaciente y/o ansioso, facilitando un ambiente cómodo.

No obstante, el equipo de celadores también va a organizar los equipos para que estén listos cuando se necesiten y también coordinará las citas. Garantizarán que los recursos que se necesiten estén disponibles en el momento necesario y que están en buenas condiciones.

El celador seguirá rigurosamente un protocolo de seguridad para que tanto los pacientes como el personal estén protegidos. La seguridad es de gran importancia, ya que en esta unidad hay una exposición alta a la seguridad.

2 Objetivos

Identificar y conocer qué funciones debe de realizar el celador en el servicio de radiología 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.

Se han utilizado palabras clave como: celador, radiología y funciones.

4 Resultados

El celador tiene un papel importante en el servicio de radiología del hospital, va a tener muchas funciones que son importantes para que esta unidad y la atención que se le dé al paciente sea eficaz y eficiente.

Para empezar, su tarea va a abarcar la atención al paciente y el cuidado de aquel que necesiten radiografías. Una vez que ha llegado el paciente a la unidad de radiografía, el celador va a saludarle y le va a dar información sobre el proceso que se va a llevar a cabo, también les proporcionará ayuda para que completen los documentos que se necesiten y van a estar para darles apoyo emocional si lo necesitan, creando así un entorno calmado y tranquilo.

Otra competencia del celador va a ser la organización de las citas de los pacientes para que se garantice que se van a cumplir los horarios y que el equipo vaya a estar preparado y en perfecto estado para su uso. El ambiente deberá de estar ordenado y limpio, tanto en la sala de espera como en la sala del propio trabajo. En este servicio la seguridad va a ser muy importante, ya que va a haber una continua exposición a la radiación. El celador deberá de seguir un protocolo estricto para que el paciente se coloque de la forma más segura, haciendo así que se evite la exposición innecesaria a la radiación. El personal también deberá de protegerse de esta exposición.

Otra función va a ser el traslado del paciente, ayudándoles a que se muevan de un lugar a otro, bien sea en camillas, sillas de ruedas, etc. Esto va a ser importante para aquellas personas que tengan dificultades para moverse por sí solas.

5 Discusión-Conclusión

Las tareas del celador en el servicio de radiografía van a tener especial importancia si se quiere ser eficaz y tener una seguridad en el ambiente hospitalario. Su papel de trasladar al paciente va a ser muy relevante, ya que se debe de asegurar que el paciente vaya cómodo y seguro, evitando así accidentes.

También se encargará de movilizar al paciente, haciendo que se reduzca al mínimo la exposición de este a radiaciones innecesarias. Esto es de gran importancia para que se asegure el bienestar de la persona.

No obstante, también se encarga de apoyar emocionalmente a aquellas personas o familiares que lo necesiten, haciendo que se tranquilicen y se sientan más seguras y cómodas, por lo que el papel del celador no debería de pasar por alto, puesto que son de gran ayuda tanto para la seguridad como para el bienestar.

6 Bibliografía

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

Capítulo 705

FIBROSIS QUÍSTICA EN EL LABORATORIO

PATRICIA RUTH MENENDEZ SOLIS

1 Introducción

En Europa, donde se estima que hay entre 1/8.000 y 1/10.000 casos, la fibrosis quística (FQ) es una de las enfermedades que se consideran raras. Es un trastorno hereditario con un patrón de herencia autosómico recesivo que resulta en la acumulación de moco como resultado de la producción de una proteína que, cuando se daña, es incapaz de controlar adecuadamente el paso del cloro a través de los canales iónicos de las células epiteliales. Como resultado, la mucosidad se acumula y puede obstruir varios órganos, incluidos el páncreas y los pulmones, lo que provoca enfermedades infecciosas y problemas adicionales que analizaremos.

Dado que la FQ afecta principalmente a los niños y es una enfermedad crónica multisistémica con una alta tasa de mortalidad, se añadió al cribado neonatal para la detección y el tratamiento tempranos, lo que mejora enormemente el control de la enfermedad. Para millones de personas con esta afección, las nuevas terapias que se están probando actualmente y que apuntan a corregir la función del gen CFTR ofrecen esperanza.

Si bien es una enfermedad multisistémica, requiere atención altamente especializada y multidisciplinaria, es una enfermedad rara y, como tal, es en gran medida desconocida tanto para el público en general como para muchos profesionales de la salud. Como resultado, la atención sanitaria es inadecuada.

2 Objetivos

El objetivo de esta revisión es examinar la fibrosis quística como una enfermedad rara, centrándose en su fisiopatología, diagnóstico y tratamientos, tanto tradicionales como de vanguardia, en un sentido general, así como su abordaje desde la perspectiva de las enfermeras en entornos asistenciales particulares, tanto de los pacientes como de su entorno inmediato.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica utilizando diversas bases de datos, incluidas Pubmed y Scielo, así como sitios web oficiales de instituciones y asociaciones de pacientes, incluido FEDER. También se utilizaron revistas científicas, revistas clínicas de enfermería y pediatría y tratados de enfermedades específicas, además de las páginas de estas publicaciones.

Se escogieron para la selección artículos de los últimos 10 años tanto en español como en inglés.

Además, los términos "fibrosis quística", "enfermedades raras", "cuidados de enfermería en fibrosis quística" y "fibrosis quística" se utilizaron con descriptores de ciencias de la salud (DeCS) y encabezamientos de materias médicas (MeSH). Se encontraron un total de 17 artículos, pero finalmente solo se eligieron 12 porque eran más pertinentes al tema en cuestión.

Los criterios de inclusión y exclusión de los resultados fueron:

Cualquier estudio no controlado o no verificado y medio no oficial quedan excluidos de los criterios de inclusión. Tipo de publicación: Ensayos clínicos, artículos científicos y no científicos, revisiones bibliográficas, tesis doctorales, guías de práctica clínica y manuales específicos. El español y el inglés son lenguas controladas. Tipo de intervención. Tratamientos invasivos y no invasivos, intervenciones biológicas, genéticas y de ingeniería genética. 10 años más recientes. Publicaciones anteriores a 2010.

4 Resultados

La fibrosis quística, también conocida como mucoviscidosis, es una enfermedad multisistémica, crónica y hereditaria de naturaleza autosómica recesiva. Es provocada por una mutación en el gen CFTR, que codifica una proteína glicosilada que funciona como canal de cloro (Cl). El gen CFTR está situado en el brazo

largo del cromosoma 7 . La base de datos de mutaciones FQ enumera más de 2103 mutaciones para este gen que se conocen actualmente, y estas se dividen en categorías según los efectos que tienen sobre la proteína.

- Las mutaciones de clase I incluyen aquellas que resultan en defectos en la síntesis de proteínas CFTR funcionales debido a cambios en la transcripción del ARN, como errores en el patrón de lectura o mutaciones en los codones de detección, que resultan en la síntesis de proteínas CFTR anormales e inestables, o incluso simplemente, que no están hechos sintéticamente.

- Clase II: contiene mutaciones que, como resultado de fallas de procesamiento, dan como resultado proteínas CFTR que no maduran adecuadamente y, por lo tanto, son menos resistentes a la degradación y se degradan más fácilmente.

- Clase III, que tiene mayor incidencia, incluye mutaciones que alteran la regulación del canal de Cl aunque maduran correctamente y son capaces de alcanzar la membrana apical de la célula.

- Clase IV: en esta categoría se incluyen las mutaciones que afectan la conductancia. Como resultado, las proteínas codificadas por el gen CFTR conducen incorrectamente debido a problemas con el poro de conducción.

- Clase V: esta categoría contiene mutaciones que dan como resultado la producción y el procesamiento de una cantidad inferior a las proteínas CFTR.

I, II y III son mutaciones más graves que IV y V porque no todas las mutaciones tienen la misma gravedad.

- Pruebas neonatales.

Debido a la importancia de la detección precoz, actualmente el cribado neonatal se realiza en la mayoría de comunidades autónomas de España. Al buscar niveles elevados de tripsina causados por la obstrucción de los conductos pancreáticos, este examen intenta identificar a los recién nacidos que tienen riesgo de desarrollar fibrosis quística. Para este examen se utiliza sangre seca de una prueba del talón de tres a cinco días después del nacimiento. Diversos métodos, incluidos RIA (radioinmunoensayo) y ELISA (Enzima inmunoensayo), se puede utilizar para realizar la determinación, pero destaca DELFIA. Los primeros 20 a 30 días de vida se aprovechan para realizar una segunda valoración de tripsina inmunorreactiva en caso de resultado positivo (valores superiores a 60 ng/ml). En caso de un segundo positivo, se realizará un análisis genético para identificar posibles mutaciones en CFTR y se realizará una prueba del sudor para confirmar el diagnóstico.

- Test de sudor.

Por ser la más fiable, es la prueba de referencia. Se fomenta la sudoración durante una prueba llamada prueba de iontoforesis cuantitativa de pilocarpina (QPIT).

Para conseguirlo limpiaremos en profundidad la piel de la superficie anterior del muslo o antebrazo, aplicaremos pilocarpina y conectaremos dos electrodos a un voltaje de 2 a 5 mV durante 5 a 10 minutos. A continuación, recogeremos una muestra de sudor de 30 minutos utilizando un disco bicóncavo unido a un tubo de plástico en espiral o una gasa que hayamos pesado previamente. Ambos métodos, el método de conductividad de Macroduct y el método de Gibson y Cooke, utilizan valores de referencia de 75 mg y 15 l, respectivamente. Luego, la concentración de iones cloruro se mide en el laboratorio mediante coulometría; debe ser superior a 60 mmol/l.

- Estudio de la genética.

Aunque los kits comerciales de detección de mutaciones CFTR basados en PCR tienen una sensibilidad del 80%, si queremos centrar aún más nuestra búsqueda de mutaciones podemos recurrir a una electroforesis, que puede detectar hasta el 98 por ciento de las mutaciones conocidas.

- Evaluación prenatal.

Basado en la identificación de mutaciones en el ADN en células fetales que se encuentran en el líquido amniótico o las vellosidades coriales, así como en la disminución de la actividad de las enzimas fosfatasa alcalina, glutamiltranspeptidasa y leucinaminopeptidasa. Se realiza durante una amniocentesis, pero como hay tantas mutaciones posibles y aún no tenemos un conocimiento completo de ellas, un resultado negativo no siempre es concluyente.

- Una comparación del potencial transepitelial nasal.

Se basa en el intercambio de iones que ocurre a través de la membrana celular de las células apicales del epitelio respiratorio, lo que da como resultado un potencial eléctrico que puede medirse mediante la prueba de potencial diferencial nasal. Cuando un paciente presenta síntomas clínicos y los resultados de la prueba del sudor son normales, pero el análisis genético no es concluyente, esta prueba puede ser de ayuda. Dado que la DP es más electronegativa en condiciones basales, se considera normal un rango entre -35 mV y 60 mV.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes con fibrosis quística generalmente viven más que en el pasado, pero continúan sufriendo enfermedades infecciosas pulmonares crónicas. El diagnóstico precoz en el cribado neonatal es indispensable para una mejora en el tratamiento de estos pacientes. Debido a la variedad de tantas mutaciones en los genes hereditarios, sería conveniente el estudio y cribado de parte de la población para estudiar mejor esta enfermedad. Un estudio de tipos de mutaciones del gen

podía dar hallazgos clínicos importantes para tratamientos innovadores. La terapia con ejercicios creo que puede ser un gran avance para la mejora de estos pacientes. El método de fisioterapia está demostrando gran utilidad para la capacidad respiratoria, aeróbica y fuerza muscular respiratoria. Y por supuesto debe adaptarse a las necesidades únicas de cada paciente.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://www.scielo.org/es/>.
3. Tratamientos reparadores de la proteína CFTR en la fibrosis quística. Cristina Gallego E, Delgado - Pecellin. Edición 2014.
4. Cribado neonatal para la FQ. Anales de pediatría. Edición: 2009.
5. Actualización, fisiopatología, diagnóstico y tratamiento de FQ. Marta Carolina García Rivera y Daniel Muñoz Jurado. Edición: Marzo 2023.
6. Grupo de trabajo de la ponencia de cribado. Comisión de salud pública. Edición: Madrid 2010.

Capítulo 706

PROCESOS ADMINISTRATIVOS EN SANIDAD

YESICA FERNANDEZ RUBIO

1 Introducción

Se conoce por administración a una de las actividades humanas que tiene como función organizar el trabajo tanto individual como colectivo. La administración apareció cuando el hombre empezó a trabajar en la sociedad. Por ello el ser humano que es social por naturaleza suele organizarse y trabajar en equipo con el resto de personas. Desde que el hombre nació, trabajó para vivir, intentando lograr que su trabajo fuese lo más efectivo posible mediante la administración. Las compañías, al igual que las personas, pueden fracasar o tener éxito, pero esto se debe a diversas razones. La gran mayoría de ellos suelen ser personales o humanas.

En los negocios, nada por sustituido por un trabajo administrativo de calidad. En algunos casos puede haber compañías que tengan gran éxito, pero si no tienen un servicio administrativo adecuado y organizado, con el tiempo fracasará.

En todas las empresas o todos los negocios requieren, si o si, el trabajo administrativo para llevar el tema de la contabilidad y papeleo. Es un trabajo de alta complejidad, dónde debe de existir una figura de una persona trabajadora, atenta, y que sepa cumplir con todos los cargos que se le atribuyen en su trabajo para un buen desarrollo profesional.

2 Objetivos

- Describir los procesos administrativos de la administración.

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

El puesto de administrativo, es de gran importancia en todas las empresas y negocios, ya sean públicas o privadas, también instituciones públicas o privadas, organismos pertenecientes al estado, debido a que en todas las empresas y negocios alguien debe encargarse de la contabilidad y del papeleo.

También existen hospitales públicos y privados, que la diferencia es que en un hospital público, depende totalmente del gobierno del país, en la ciudad donde están ubicados, pero en los hospitales privados es una empresa la que los maneja y se debe de pagar una cuota por recibir atención sanitaria.

Como por ejemplo el HUCA, que es el hospital Universitario central de Asturias, es un organismo público perteneciente al estado español, mientras que por ejemplo en la clínica Asturias o el centro médico, son clínicas privadas por las que se debe de pagar una cuota a cambio de recibir atención profesional sanitaria.

La administración se centra principalmente en seis competencias, como las tareas, las estructuras, las personas, la tecnología, el ambiente y la competitividad. Para ello, en todos los negocios y empresas deben de contar con una organización u orden, que consiste en que un grupo de personas trabajen en equipo para conseguir resultados exitosos o eficaces que les haga desarrollar su carrera como profesionales administrativos.

Vamos a explicar brevemente los procesos administrativos:

La planificación: es la forma de ver las cosas de la persona ya tiene atribuido este cargo.

Se debe planificar y ponerse de acuerdo sobre cómo va a ser el proyecto que se quiere llegar a lograr.

La organización: una vez que ya ha sido planificado el proyecto, es hora de, junto con el resto de compañeros que vayan a participar en este, se organicen cómo va a ser, cuando y cómo se va a hacer.

La dirección: aquí la persona debe de tomar el liderazgo y aumentar la motivación y la comunicación y sobre todo supervisar como avanza el proyecto.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar este capítulo del libro sobre la administración, es muy importante en todos los ámbitos laborales expuestos de todas las empresas y negocios deben de ser administrados y controlados.

Para ello, en todas las administraciones se debe contar con diferentes departamentos, financiera, de recursos humanos, producción o de marketing, donde cada uno desarrollará las funciones que se le atribuyan.

Para ello, toda la gente que trabaja en la administración deben de contar con una enseñanza y una formación adecuada para poder desenvolverse ante cualquier tipo de problema o imprevisto al que se enfrenten durante una jornada laboral, favoreciendo su desarrollo profesional.

6 Bibliografía

1. ORIGEN Y DESARROLLO DE LA ADMINISTRACIÓN PERSPECTIVAS, núm. 20, julio-diciembre, 2007, pp. 45-54 Universidad Católica Boliviana San Pablo Cochabamba, Bolivia.
2. Münch Galindo, Lourdes. (1985, ©1982). Fundamentos de administración (5a. ed edición). Trillas. p. 17.

Capítulo 707

ACTUACIÓN DEL PINCHE ANTE LA DIETA DEL PCIENTE DIABÉTICO

GEORGETA MIORITA BALAS

ALEJANDRO MARÍN FERNANDEZ

DAVID MARTÍNEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

La dieta hospitalaria para un paciente diabético es crucial para controlar los niveles de azúcar en sangre y garantizar una atención médica efectiva. Esta dieta se adapta para satisfacer las necesidades nutricionales específicas de los pacientes con diabetes tipo 1, tipo 2 u otras variantes de la enfermedad. Aquí se describen las características y pautas clave de la dieta hospitalaria para diabéticos:

Control de Carbohidratos: La dieta se centra en el control de la ingesta de carbohidratos, ya que estos tienen el mayor impacto en los niveles de azúcar en sangre. Se deben monitorear las porciones y limitar el consumo de alimentos ricos en carbohidratos, como pan, arroz, pasta y azúcares refinados.

Selección de Carbohidratos de Bajo Índice Glucémico: Se priorizan carbohidratos de bajo índice glucémico, como granos enteros, legumbres y verduras, ya que tienen un menor impacto en los niveles de azúcar en sangre.

Distribución de Comidas: Se fomenta una distribución equitativa de carbohidratos a lo largo del día, lo que incluye la ingesta de comidas más pequeñas y meriendas para evitar picos en los niveles de glucosa.

Ingesta de Proteínas y Grasas Saludables: Se incluyen proteínas magras, como pollo, pavo y pescado, así como grasas saludables, como las provenientes de aguacates, nueces y aceite de oliva.

Control de Azúcares Añadidos: Los alimentos y bebidas con azúcares añadidos se evitan o se consumen con moderación.

Monitoreo Continuo: Los pacientes pueden requerir monitoreo constante de los niveles de azúcar en sangre para ajustar la dieta y la medicación según sea necesario.

Educación Nutricional: Se brinda educación a los pacientes sobre cómo seleccionar alimentos apropiados, leer etiquetas nutricionales y mantener un equilibrio en su dieta.

Supervisión Médica: La dieta para diabéticos en el hospital debe ser prescrita y supervisada por profesionales de la salud, como endocrinólogos o dietistas, para garantizar que se adapte a las necesidades de cada paciente.

La dieta hospitalaria para diabéticos es fundamental para el manejo de la enfermedad y la prevención de complicaciones. Al controlar la ingesta de carbohidratos y elegir alimentos adecuados, esta dieta ayuda a estabilizar los niveles de azúcar en sangre y mejora la salud de los pacientes con diabetes. Sin embargo, es crucial que esta dieta se siga adecuadamente bajo la supervisión de profesionales de la salud para garantizar su eficacia y seguridad.

2 Objetivos

Mostrar las funciones del pinche de cocina en relación con las dietas del paciente diabético.

3 Metodología

En esta investigación se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa, en una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

El papel del pinche de cocina en la elaboración de la dieta para pacientes diabéticos es crucial para garantizar que las comidas sean saludables y cumplan con las necesidades nutricionales específicas de los pacientes. A continuación, se describen detalladamente las funciones clave del pinche de cocina en la preparación de una dieta para diabéticos:

Conocimiento de las Restricciones: El pinche de cocina debe tener un conocimiento sólido de las restricciones dietéticas de los pacientes diabéticos. Esto incluye comprender los tipos de diabetes, las necesidades de control de carbohidratos y azúcares, y las preferencias dietéticas individuales.

Selección de Ingredientes Apropriados: El pinche de cocina es responsable de elegir ingredientes que sean apropiados para una dieta diabética. Esto incluye la selección de alimentos ricos en fibra, granos enteros, proteínas magras, frutas y verduras, y la limitación de alimentos procesados y azúcares refinados.

Control de Porciones: El pinche de cocina debe medir y controlar las porciones de alimentos, lo que es fundamental para mantener un equilibrio adecuado de carbohidratos y evitar fluctuaciones en los niveles de azúcar en sangre.

Distribución de Nutrientes: Es importante distribuir de manera equitativa los carbohidratos a lo largo del día y equilibrar la ingesta de proteínas y grasas saludables para evitar picos en los niveles de glucosa.

Evitar Azúcares Añadidos: Los alimentos y bebidas con azúcares añadidos se evitan o se consumen con moderación, y se buscan alternativas de edulcorantes naturales, como la stevia o la miel.

Creatividad en la Cocina: El pinche de cocina puede ser creativo al dar sabor a las comidas sin recurrir a azúcares añadidos. Esto incluye el uso de hierbas, especias y condimentos sin azúcar para realzar el sabor de los platillos.

Higiene y Seguridad: El pinche de cocina debe mantener altos estándares de higiene para prevenir la contaminación cruzada y garantizar la seguridad de los alimentos.

Presentación Atractiva: A pesar de las restricciones, el pinche de cocina debe esforzarse por presentar los platillos de manera visualmente atractiva, lo que puede mejorar la satisfacción del paciente y su apetito.

La contribución del pinche de cocina es esencial para garantizar que los pacientes diabéticos reciban comidas equilibradas y apetitosas. Su capacidad para adaptarse a las restricciones dietéticas y al mismo tiempo mantener la calidad de las comidas es fundamental para la satisfacción y el bienestar de los pacientes. La colaboración estrecha con el personal de dietética y el personal médico es clave para asegurarse de que las comidas sean adecuadas para las necesidades nutricionales específicas de cada paciente diabético.

5 Discusión-Conclusión

Para garantizar una correcta elaboración de la dieta para pacientes diabéticos en el hospital, es esencial mantener una comunicación estrecha y constante con el personal de dietética y el personal médico. Esto permite entender las necesidades y restricciones específicas de cada paciente, lo que es fundamental para adaptar las comidas de manera precisa.

Además, la creatividad en la cocina es clave. Experimentar con hierbas, especias y condimentos sin azúcar para realzar el sabor de los platillos es esencial para mantener la variedad y la apetitividad en las comidas. La atención meticulosa a las porciones y la presentación atractiva de los platillos son factores que pueden mejorar la satisfacción del paciente y su apetito.

La educación continua sobre las últimas tendencias en cocina saludable y técnicas de preparación bajas en azúcar también es importante para mantener un repertorio de recetas sabrosas y saludables que cumplan con las restricciones dietéticas de los pacientes. En conjunto, estas recomendaciones ayudarán al pinche de cocina a proporcionar comidas para diabéticos que sean equilibradas, saludables y apetitosas, contribuyendo al bienestar y la satisfacción de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Sánchez, A. C. (2022). Aprovisionamiento de materias primas en cocina. UF0054. TUTOR FORMACIÓN.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 708

ACTUACIÓN DEL PINCHE DE COCINA ANTE LA ELABORACIÓN DE LA DIETA LÍQUIDA

GEORGETA MIORITA BALAS

ALEJANDRO MARÍN FERNANDEZ

DAVID MARTÍNEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

Una dieta líquida hospitalaria es una prescripción dietética que consiste en la ingesta de alimentos y bebidas en forma líquida o semilíquida. Esta dieta se prescribe en situaciones específicas, como preparación para procedimientos médicos, recuperación después de cirugía, o cuando los pacientes tienen dificultades para tragar alimentos sólidos debido a afecciones médicas.

Características clave de una dieta líquida hospitalaria:

Límites de Textura: Esta dieta se caracteriza por su textura líquida o semilíquida. Los alimentos sólidos, como carnes y vegetales, se transforman en sopas, purés, batidos, jugos y caldos.

Aporte Nutricional: Aunque la dieta líquida restringe la variedad de alimentos, debe proporcionar los nutrientes esenciales para mantener la energía y nutrición del paciente. Esto se logra mediante la inclusión de fuentes líquidas de proteínas, carbohidratos y grasas.

Hidratación: La dieta líquida puede ayudar en la hidratación de los pacientes, especialmente cuando se combinan con líquidos sin azúcar y bajos en sodio, como agua o té.

Alimentos Permitidos: Esta dieta generalmente incluye caldos claros, jugos de frutas sin pulpa, gelatina, helados sin trozos sólidos, purés de vegetales y sopas batidas.

Restricciones: Los alimentos con textura sólida, como carnes, pan, frutas y verduras crujientes, están restringidos en una dieta líquida.

Duración Limitada: Las dietas líquidas suelen ser de corta duración, ya que no proporcionan la variedad nutricional necesaria a largo plazo.

Es importante destacar que una dieta líquida hospitalaria se prescribe y supervisa de cerca por el personal médico y de dietética. La duración y los detalles específicos de la dieta pueden variar según las necesidades individuales del paciente y la razón por la cual se prescribe. El objetivo principal es proporcionar una fuente de nutrientes que sea fácil de digerir y adecuada para la situación médica del paciente, ya sea antes de una cirugía, después de una intervención o en otros casos clínicos específicos.

2 Objetivos

Mostrar las funciones del pinche de cocina en relación con las dietas líquidas.

3 Metodología

Para 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 pinche de cocina desempeña un papel fundamental en la preparación de la dieta líquida para pacientes en un entorno hospitalario. A pesar de las restricciones en la textura y la variedad de alimentos en una dieta líquida, su función es esencial para garantizar que las comidas sean saludables, seguras y satisfactorias para los pacientes. A continuación, se describen en detalle las funciones clave del pinche de cocina en la elaboración de esta dieta especial:

Conocimiento de las Restricciones Dietéticas: El pinche de cocina debe comprender las restricciones específicas de una dieta líquida, lo que incluye la textura líquida o semilíquida de los alimentos y la limitación de alimentos sólidos. Es crucial para asegurar el cumplimiento de las necesidades del paciente.

Selección y Preparación de Ingredientes Apropriados: El pinche de cocina es responsable de seleccionar ingredientes que se adapten a una dieta líquida, como caldos claros, jugos de frutas sin pulpa, purés de vegetales y sopas batidas. Además, debe preparar estos ingredientes de manera higiénica y segura.

Creatividad en la Cocina: A pesar de las restricciones, el pinche de cocina puede ser creativo al dar sabor a las comidas líquidas. Esto puede incluir el uso de hierbas y especias, así como la combinación de ingredientes para crear sabores atractivos y variados.

Control de Porciones: El pinche de cocina debe medir y controlar las porciones de alimentos líquidos para garantizar que se cumplan las pautas dietéticas específicas de cada paciente.

Presentación Atractiva: A pesar de las limitaciones en la textura, el pinche de cocina debe esforzarse por presentar las comidas de manera visualmente atractiva. Esto puede mejorar la satisfacción del paciente y su apetito.

Higiene y Seguridad Alimentaria: El pinche de cocina debe seguir protocolos estrictos de higiene y seguridad para prevenir la contaminación cruzada y garantizar la seguridad de los alimentos.

Colaboración con el Personal de Dietética: Mantener una comunicación constante con el personal de dietética y el personal médico es fundamental para adaptar las comidas a las necesidades nutricionales específicas de cada paciente.

Flexibilidad y Adaptación: Cada paciente puede tener necesidades dietéticas lig-

eramente diferentes. El pinche de cocina debe ser flexible y capaz de adaptarse a las necesidades específicas de cada paciente, lo que puede incluir ajustes en las preparaciones.

La contribución del pinche de cocina es esencial para garantizar que los pacientes que requieren una dieta líquida reciban comidas equilibradas y apetitosas. Su habilidad para adaptarse a las restricciones dietéticas y, al mismo tiempo, mantener la calidad de las comidas es crucial para la satisfacción y el bienestar de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Para garantizar una buena elaboración de la dieta líquida para pacientes, es esencial seguir algunas recomendaciones clave. En primer lugar, la comunicación constante con el personal de dietética y el personal médico es fundamental. Esto permite entender las necesidades y restricciones específicas de cada paciente y asegura que las comidas se adapten con precisión.

La creatividad en la cocina desempeña un papel vital. Experimentar con hierbas, especias y condimentos para realzar el sabor de las comidas líquidas puede contribuir a mantener la variedad y a mejorar la apetitosidad de los platillos. Además, la presentación atractiva de las comidas, a pesar de las limitaciones en la textura, puede aumentar la satisfacción del paciente y estimular su apetito.

La educación continua sobre las últimas tendencias en cocina saludable y técnicas de preparación para dietas líquidas es importante para mantener un repertorio de recetas sabrosas y saludables que cumplan con las restricciones dietéticas de los pacientes. En resumen, estas recomendaciones ayudarán al pinche de cocina a proporcionar comidas líquidas que sean equilibradas, saludables y apetitosas, contribuyendo al bienestar y la satisfacción de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Sánchez, A. C. (2022). Aprovisionamiento de materias primas en cocina. UF0054. TUTOR FORMACIÓN.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 709

ACTUACIÓN DEL PINCHE DE COCINA EN LA ELABORACIÓN DE LA DIETA BLANDA

DAVID MARTÍNEZ MARTÍNEZ

GEORGETA MIORITA BALAS

ALEJANDRO MARÍN FERNANDEZ

1 Introducción

La dieta blanda hospitalaria es una prescripción dietética que se utiliza en entornos médicos, como hospitales y clínicas, con el propósito de proporcionar alimentos de textura suave y de fácil digestión a los pacientes que tienen dificultades para tolerar alimentos regulares o que están en proceso de recuperación de procedimientos médicos o cirugías. Esta dieta se prescribe para reducir la irritación y el esfuerzo en el sistema digestivo y suele ser un paso intermedio entre una dieta líquida y una dieta regular.

Características clave de una dieta blanda hospitalaria:

Textura Suave: Los alimentos en esta dieta se preparan de manera que sean suaves y fáciles de masticar y tragar. Se evitan alimentos crujientes, secos o duros.

Digestión Más Sencilla: La dieta blanda ayuda a minimizar el esfuerzo en el sistema digestivo, lo que es particularmente beneficioso para pacientes con problemas gastrointestinales, como úlceras o cirugías abdominales.

Alimentos Permitidos: Los alimentos comunes en una dieta blanda incluyen purés, sopas suaves, arroz cocido, pescado cocido, huevos escalfados, yogur, puré de manzana, entre otros.

Restricciones: Se evitan alimentos duros, fibrosos, picantes y alimentos que puedan causar irritación, como las nueces o las semillas.

Duración Limitada: Por lo general, la dieta blanda se prescribe por un período específico hasta que el paciente pueda tolerar alimentos regulares sin problemas.

La dieta blanda hospitalaria se adapta a las necesidades de cada paciente, y su prescripción y supervisión son responsabilidad del personal médico y de dietética. El objetivo principal es proporcionar alimentos que sean suaves, fáciles de digerir y adecuados para la situación médica del paciente, permitiéndoles recuperarse y obtener los nutrientes necesarios sin causar molestias en el sistema digestivo.

2 Objetivos

Mostrar las funciones del pinche de cocina en relación con las dietas blandas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa, en una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

El papel del pinche de cocina en la elaboración de una dieta blanda hospitalaria es crucial para garantizar que los pacientes reciban comidas suaves y fáciles de digerir que cumplan con las pautas dietéticas específicas. Aquí se describen en detalle las funciones clave del pinche de cocina en la preparación de esta dieta especial:

Conocimiento de las Restricciones Dietéticas: El pinche de cocina debe comprender las restricciones de una dieta blanda, que incluyen la textura suave de los alimentos y la exclusión de alimentos duros o fibrosos. Este conocimiento es fundamental para asegurar que las comidas sean adecuadas para las necesidades del paciente.

Selección de Ingredientes Apropriados: El pinche de cocina es responsable de elegir ingredientes que sean suaves y de fácil digestión, como purés, sopas suaves, arroz cocido, pescado cocido, huevos escalfados y alimentos enlatados sin trozos sólidos. Además, debe preparar estos ingredientes de manera higiénica y segura.

Control de Textura: Asegurarse de que la textura de los alimentos sea suave y uniforme es esencial. Esto puede incluir la preparación de purés y sopas sin grumos o trozos que puedan causar molestias al paciente.

Presentación Atractiva: A pesar de las restricciones en la textura, el pinche de cocina debe esforzarse por presentar los platillos de manera visualmente atractiva. Esto puede mejorar la satisfacción del paciente y su apetito.

Higiene y Seguridad Alimentaria: El pinche de cocina debe mantener altos estándares de higiene para prevenir la contaminación cruzada y garantizar la seguridad de los alimentos, lo que es especialmente importante en entornos hospitalarios.

Flexibilidad y Adaptación: Cada paciente puede tener necesidades dietéticas ligeramente diferentes. El pinche de cocina debe ser flexible y capaz de adaptarse a las necesidades específicas de cada paciente, lo que puede incluir ajustes en las preparaciones.

Colaboración con el Personal de Dietética: Mantener una comunicación constante con el personal de dietética y el personal médico es fundamental para adaptar las comidas a las necesidades nutricionales específicas de cada paciente.

La contribución del pinche de cocina es esencial para garantizar que los pacientes que requieren una dieta blanda hospitalaria reciban comidas suaves, saludables y apetitosas. Su habilidad para adaptarse a las restricciones dietéticas y al mismo tiempo mantener la calidad de las comidas es crucial para la satisfacción y el bienestar de los pacientes. La colaboración estrecha con el personal de dietética y el personal médico es clave para asegurarse de que las comidas sean adecuadas para las necesidades nutricionales específicas de cada paciente en recuperación.

5 Discusión-Conclusión

Para lograr una buena elaboración de la dieta blanda hospitalaria, el pinche de cocina puede seguir algunas recomendaciones clave. En primer lugar, es esencial mantener una comunicación constante con el personal de dietética y el personal médico. Esto permite comprender las necesidades y restricciones específicas de cada paciente y garantiza que las comidas se adapten de manera precisa.

La creatividad en la cocina desempeña un papel vital. A pesar de las restricciones en la textura, experimentar con hierbas y especias para dar sabor a los alimentos suaves puede ayudar a mantener la variedad y la apetitosidad en las comidas. La presentación atractiva de los platillos, a pesar de las limitaciones, puede mejorar la satisfacción del paciente y estimular su apetito.

La educación continua sobre las últimas tendencias en cocina saludable y técnicas de preparación para dietas blandas es importante para mantener un repertorio de recetas sabrosas y saludables que cumplan con las restricciones dietéticas de los pacientes. En conjunto, estas recomendaciones ayudarán al pinche de cocina a proporcionar comidas blandas que sean equilibradas, saludables y apetitosas, contribuyendo al bienestar y la satisfacción de los pacientes en proceso de recuperación.

6 Bibliografía

1. Sánchez, A. C. (2022). Aprovechamiento de materias primas en cocina. UF0054. TUTOR FORMACIÓN.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 710

LA COLABORACIÓN INTERDISCIPLINARIA EN LA COCINA HOSPITALARIA: CÓMO TRABAJAR DE LA MANO CON NUTRICIONISTAS Y DIETISTAS

AGUSTÍN MIGUEL ACERO DORADOR

MARÍA ANGELES CHAPARRO LIMONCHE

JAVIER MARTINEZ VALIENTE

PATRICIA ROJAS MORENO

1 Introducción

La colaboración interdisciplinaria en la cocina hospitalaria es un aspecto fundamental para garantizar la atención integral de los pacientes y mejorar su calidad de vida durante su estancia en el hospital. En este contexto, la cooperación estrecha entre los chefs y el personal de nutrición y dietética desempeña un papel esencial en la planificación y preparación de alimentos que satisfagan tanto las necesidades médicas como los deseos culinarios de los pacientes. Esta colaboración no solo mejora la experiencia del paciente en el hospital, sino que también puede contribuir significativamente a su recuperación y bienestar general. La cocina hospitalaria no es simplemente una cuestión de satisfacer el hambre de los pacientes, sino que va mucho más allá. Los pacientes ingresados en hospitales

a menudo tienen necesidades dietéticas específicas debido a condiciones médicas, alergias, restricciones de dieta o tratamientos médicos en curso. Por lo tanto, la preparación de comidas en un entorno hospitalario es un desafío complejo que requiere la combinación de conocimientos culinarios con una comprensión profunda de las pautas nutricionales y dietéticas.

En este sentido, la colaboración entre chefs y profesionales de la nutrición y la dietética es esencial. Los nutricionistas y dietistas son expertos en la evaluación de las necesidades nutricionales individuales de los pacientes, teniendo en cuenta factores como la edad, el género, la condición médica y las preferencias alimentarias. También son responsables de diseñar planes de alimentación específicos y supervisar la ingesta de nutrientes esenciales para garantizar una recuperación adecuada.

Por otro lado, los chefs hospitalarios aportan su experiencia en la preparación de alimentos deliciosos y apetitosos que cumplen con las restricciones dietéticas prescritas por los nutricionistas. Tienen la capacidad de transformar recetas tradicionales en opciones saludables y atractivas, lo que puede ayudar a los pacientes a sentirse más motivados para seguir sus dietas y mejorar su adherencia al tratamiento.

La colaboración interdisciplinaria en la cocina hospitalaria no se trata solo de una relación profesional, sino de un diálogo constante y un trabajo en equipo. Los chefs y los profesionales de la nutrición y la dietética deben comunicarse de manera efectiva para adaptar y ajustar las comidas según las necesidades cambiantes de los pacientes. Esto implica discusiones sobre las preferencias de los pacientes, cambios en su estado de salud y la evaluación constante de la eficacia de las dietas y la satisfacción del paciente.

Además, esta colaboración puede extenderse más allá de la preparación de comidas para incluir la educación de los pacientes sobre la importancia de una alimentación saludable y cómo pueden mantener una dieta adecuada incluso después de dejar el hospital. Los nutricionistas y dietistas pueden trabajar en estrecha colaboración con los chefs para desarrollar materiales educativos y programas de apoyo alimentario que ayuden a los pacientes a tomar decisiones informadas sobre su nutrición y estilo de vida.

En resumen, la colaboración interdisciplinaria en la cocina hospitalaria es esencial para garantizar la atención integral de los pacientes y mejorar su bienestar durante su estancia en el hospital. Al combinar la experiencia culinaria con el conocimiento nutricional, los chefs y los profesionales de la nutrición y la dietética pueden desempeñar un papel crucial en la recuperación de los pacientes y en la promoción de hábitos alimentarios saludables a largo plazo. Esta colabo-

ración no solo beneficia a los pacientes, sino que también contribuye a elevar los estándares de la atención médica en general.

2 Objetivos

- Mejorar la salud y el bienestar de los pacientes a través de una alimentación adecuada y personalizada. Esto implica proporcionar alimentos que satisfagan las necesidades nutricionales específicas de cada paciente, teniendo en cuenta su estado de salud y sus restricciones dietéticas.
- Garantizar que los alimentos preparados en el entorno hospitalario sean seguros para el consumo, especialmente para pacientes con sistemas inmunológicos debilitados o vulnerables.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 colaboración interdisciplinaria en la cocina hospitalaria entre chefs y profesionales de la nutrición, como nutricionistas y dietistas, es fundamental para proporcionar una atención de calidad a los pacientes. Aquí te presento algunos resultados y consejos sobre cómo trabajar de la mano con nutricionistas y dietistas en este entorno:

1. ****Comunicación abierta y constante****: Establecer una comunicación fluida es esencial. Los chefs y el personal de cocina deben mantener una comunicación constante con los nutricionistas para comprender las necesidades dietéticas específicas de cada paciente y adaptar los menús en consecuencia.
2. ****Conocimiento de las restricciones dietéticas****: Los chefs deben estar bien informados sobre las diferentes restricciones dietéticas que pueden tener los pacientes, como alergias, intolerancias, dietas especiales (vegetarianas, veganas, bajas en sodio, etc.), y respetarlas rigurosamente.

3. ****Planificación de menús saludables y equilibrados****: Trabajar en conjunto con los nutricionistas para diseñar menús que sean no solo sabrosos sino también nutricionalmente adecuados para los pacientes. Esto implica tener en cuenta las necesidades calóricas, la textura de los alimentos y los nutrientes esenciales.
4. ****Capacitación y educación continua****: Los chefs y el personal de cocina deben recibir capacitación periódica sobre nutrición y las últimas pautas dietéticas. Esto les ayudará a comprender mejor las necesidades de los pacientes y a adaptar sus técnicas culinarias en consecuencia.
5. ****Control de porciones y calidad de los ingredientes****: Es esencial garantizar que las porciones se ajusten a las necesidades dietéticas de cada paciente y que se utilicen ingredientes frescos y saludables en la preparación de las comidas.
6. ****Seguridad alimentaria****: Colaborar con dietistas y nutricionistas también implica seguir estrictas pautas de seguridad alimentaria para evitar enfermedades transmitidas por alimentos y mantener la higiene en la cocina hospitalaria.
7. ****Feedback y mejora continua****: Establecer un proceso para recibir comentarios tanto de los profesionales de la salud como de los pacientes. Esto permite realizar mejoras constantes en los menús y garantizar que se satisfagan las necesidades de los pacientes.
8. ****Flexibilidad y adaptabilidad****: Los pacientes pueden tener necesidades dietéticas que cambian con el tiempo debido a su estado de salud. Es importante que el personal de cocina sea flexible y pueda ajustar los menús según sea necesario.

En resumen, la colaboración interdisciplinaria entre chefs y profesionales de la nutrición es esencial en la cocina hospitalaria para proporcionar alimentos que sean sabrosos y al mismo tiempo cumplan con las necesidades dietéticas de los pacientes. Esto contribuye a la recuperación y el bienestar de los pacientes y es una parte crucial de la atención médica integral.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la colaboración interdisciplinaria en la cocina hospitalaria entre chefs y profesionales de la nutrición, como nutricionistas y dietistas, es una piedra angular para garantizar la atención de alta calidad a los pacientes. Esta colaboración no solo se trata de cocinar comidas deliciosas, sino de comprender y satisfacer las necesidades dietéticas específicas de cada paciente, con el objetivo de promover su salud y bienestar durante su estadía en el hospital.

La comunicación constante y efectiva entre los equipos de cocina y los profesionales de la salud es fundamental. Los chefs deben ser capaces de adaptar los menús

de acuerdo con las recomendaciones de los nutricionistas, teniendo en cuenta las restricciones dietéticas individuales, las alergias, las intolerancias y las preferencias alimentarias de los pacientes. Esto implica un enfoque personalizado en la planificación de comidas, considerando factores como la textura de los alimentos, las necesidades calóricas y los nutrientes esenciales para la recuperación y el bienestar del paciente.

La capacitación continua del personal de cocina en nutrición y las pautas dietéticas actualizadas es esencial para garantizar que estén al tanto de los últimos avances en la ciencia de la nutrición. Esto les permite tomar decisiones informadas en la preparación de alimentos y asegurarse de que se cumplan las necesidades dietéticas de los pacientes de manera precisa.

La seguridad alimentaria es un aspecto crítico de esta colaboración. Mantener altos estándares de higiene y seguridad en la manipulación y preparación de alimentos es esencial para prevenir enfermedades transmitidas por alimentos en un entorno hospitalario.

La retroalimentación constante de los profesionales de la salud y los pacientes es una herramienta valiosa para mejorar continuamente los servicios de cocina hospitalaria. Esta retroalimentación permite realizar ajustes y mejoras en los menús y asegura que se estén cumpliendo las expectativas y necesidades de los pacientes en constante cambio.

En última instancia, la colaboración interdisciplinaria entre chefs y profesionales de la nutrición es una parte integral de la atención médica holística y contribuye significativamente a la recuperación y el bienestar de los pacientes. Al proporcionar alimentos sabrosos y nutricionalmente adecuados, se crea un ambiente hospitalario que no solo promueve la curación física, sino también el bienestar emocional y mental de los pacientes, mejorando su calidad de vida durante su estancia en el hospital y más allá. Es un recordatorio de que la alimentación es una parte esencial de la atención médica integral y que la colaboración interdisciplinaria es clave para brindar la mejor atención posible a quienes más lo necesitan.

6 Bibliografía

1. Aguilera, E., & Vázquez, J. (2015). Importancia de la alimentación en el ámbito hospitalario. *Nutrición Hospitalaria*, 31(3), 1006-1010.
2. Dávalos, A., & Romero, M. (2019). La colaboración entre cocineros y dietistas-nutricionistas en el entorno hospitalario. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 23(1), 61-63.

3. González-Timoneda, A., & Martínez-Rodríguez, R. (2017). La cocina hospitalaria: una visión interdisciplinaria. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 21(1), 67-69.
4. Martínez, J., & García, M. (2018). La alimentación hospitalaria: clave en la recuperación del paciente. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 38(1), 43-49.

Capítulo 711

GESTIÓN DE COMPRAS Y ALMACENAMIENTO DE INSUMOS EN LA COCINA SANITARIA: OPTIMIZACIÓN Y SEGURIDAD A CARGO DEL PINCHE DE COCINA

AGUSTÍN MIGUEL ACERO DORADOR

MARÍA ANGELES CHAPARRO LIMONCHE

JAVIER MARTINEZ VALIENTE

PATRICIA ROJAS MORENO

1 Introducción

La gestión de compras y almacenamiento de insumos en la cocina sanitaria es un aspecto fundamental en el mundo de la gastronomía y la restauración. La correcta manipulación de ingredientes y la garantía de su calidad son cruciales para la seguridad alimentaria y el éxito de cualquier establecimiento de comida. En este contexto, el pinche de cocina juega un papel esencial como encargado de optimizar y asegurar tanto la eficiencia en la adquisición de insumos como la preservación de los mismos en condiciones óptimas.

La cocina sanitaria, o cocina profesional, se caracteriza por su enfoque en la preparación de alimentos siguiendo rigurosos estándares de higiene y seguridad.

Esto es especialmente importante en entornos como restaurantes, hoteles, hospitales, residencias y otros lugares donde se preparan comidas para un gran número de personas. La calidad de los alimentos y la prevención de enfermedades transmitidas por alimentos son preocupaciones constantes, y la gestión de compras y almacenamiento de insumos se convierte en una parte fundamental de este proceso.

La figura del pinche de cocina, también conocido como ayudante de cocina, desempeña un rol clave en esta gestión. Aunque su nombre pueda sugerir una posición secundaria, su labor abarca una serie de responsabilidades críticas que afectan directamente la operación de la cocina sanitaria. Uno de los pilares de su trabajo es la selección y adquisición de insumos de alta calidad y fresca. Esto implica establecer relaciones con proveedores confiables, evaluar precios y calidades, y realizar pedidos de manera eficiente para garantizar un suministro constante de productos esenciales.

La optimización de las compras no se limita únicamente a la elección de proveedores y productos, sino que también incluye la gestión adecuada del inventario. El pinche de cocina debe llevar un registro detallado de los insumos en existencia, controlar las fechas de caducidad y rotación de los productos, y minimizar el desperdicio. Una gestión eficaz del almacenamiento implica también consideraciones de seguridad, como el cumplimiento de normativas de almacenamiento de alimentos, la separación de alimentos crudos y cocidos, y el uso de sistemas de refrigeración adecuados.

La seguridad alimentaria es otro pilar fundamental de la gestión de compras y almacenamiento de insumos en la cocina sanitaria. El pinche de cocina debe estar al tanto de las normativas y prácticas recomendadas para prevenir la contaminación cruzada, el desarrollo de bacterias patógenas y otras amenazas para la salud pública. Esto implica un conocimiento profundo de las temperaturas de almacenamiento, la manipulación segura de alimentos, el etiquetado adecuado y la implementación de medidas de limpieza y desinfección rigurosas.

En resumen, la gestión de compras y almacenamiento de insumos en la cocina sanitaria es una tarea multidisciplinaria que requiere habilidades de negociación, organización, conocimientos técnicos y un compromiso inquebrantable con la seguridad alimentaria. El pinche de cocina desempeña un papel esencial en este proceso, asegurando que los ingredientes lleguen a la cocina en las mejores condiciones posibles y se utilicen de manera segura y eficiente. Su labor contribuye no solo a la calidad de los platillos servidos, sino también a la reputación y el éxito

general del establecimiento de comida.

2 Objetivos

Describir los aspectos fundamentales a tener en cuenta por el pinche de cocina en relación con la gestión de compras y almacenamiento de insumos en la cocina sanitaria

3 Metodología

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

4 Resultados

La gestión de compras y almacenamiento de insumos en una cocina sanitaria es fundamental para garantizar la calidad de los alimentos y la seguridad de los clientes. Aquí tienes algunos consejos para optimizar esta tarea y asegurar la seguridad en la cocina:

1. ****Planificación de compras:****

- Establece un plan de compras basado en el menú y las necesidades de la cocina.
- Mantén un registro actualizado de los proveedores, precios y tiempos de entrega.

2. ****Control de inventario:****

- Realiza inventarios regulares para conocer el nivel de existencias de insumos.
- Utiliza un sistema de etiquetado y rotación de productos para asegurar que se usen primero los alimentos más antiguos.

3. ****Almacenamiento adecuado:****

- Almacena los alimentos en condiciones adecuadas de temperatura y humedad para evitar la contaminación y el deterioro.
- Separa los alimentos crudos de los cocidos y utiliza recipientes herméticos para evitar la contaminación cruzada.

4. ****Seguridad alimentaria:****

- Implementa un sistema de control de calidad para verificar la frescura y calidad de los insumos.

- Capacita al personal en prácticas seguras de manipulación de alimentos y asegúrate de que cumplan con las normativas de higiene.

5. ****Optimización de costos:****

- Busca oportunidades para comprar insumos a granel o en temporada para reducir costos.

- Evita el desperdicio de alimentos planificando las porciones y utilizando sobras de manera efectiva.

6. ****Gestión de proveedores:****

- Mantén una relación cercana con los proveedores para negociar precios, plazos de entrega y resolver problemas de manera eficiente.

7. ****Tecnología y software:****

- Considera el uso de software de gestión de inventarios y compras para llevar un registro más preciso y eficiente de tus operaciones.

8. ****Seguridad alimentaria:****

- Cumple con las normativas de seguridad alimentaria y realiza inspecciones regulares de la cocina para garantizar el cumplimiento de las regulaciones locales y nacionales.

9. ****Desperdicio cero:****

- Implementa medidas para reducir al mínimo el desperdicio de alimentos, como donar alimentos no utilizados a organizaciones benéficas o utilizar restos para preparar nuevos platos.

10. ****Mejora continua:****

- Evalúa regularmente tus procesos de compra y almacenamiento y busca oportunidades de mejora.

- Escucha las opiniones y sugerencias del personal para identificar posibles problemas y soluciones.

La gestión efectiva de compras y almacenamiento de insumos en una cocina sanitaria no solo garantiza la calidad de los alimentos, sino que también contribuye a la eficiencia operativa y la seguridad de los comensales. Mantén un enfoque constante en la optimización y la seguridad para lograr un funcionamiento exitoso de la cocina.

5 Discusión-Conclusión

En la gestión de compras y almacenamiento de insumos en la cocina sanitaria, queda claro que existen numerosos aspectos interrelacionados que deben ser abordados de manera meticulosa y estratégica. La calidad y seguridad de los alimentos, junto con la eficiencia operativa, están intrínsecamente vinculadas a cómo se manejan los insumos desde la planificación de compras hasta su almacenamiento y uso.

En última instancia, la gestión de compras y almacenamiento de insumos en una cocina sanitaria es un proceso complejo que requiere una atención constante y una mejora continua. La seguridad de los clientes y la calidad de los alimentos están en juego, y el éxito de la operación de la cocina depende en gran medida de cómo se gestionen estos aspectos críticos.

6 Bibliografía

1. "Gestión de Almacenes: Teoría y Práctica" de Ricardo Javier Zavala Zavala.
2. "Logística de Almacenamiento: Técnicas, Estrategias y Tendencias en la Gestión de Almacenes" de José Antonio Carreño Sauret.
3. "La Gestión Eficaz del Almacén" de Lawrence D. Crosby.
4. "Manual de Almacenamiento y Manipulación de Alimentos" de Josep J. Remolà.
5. "Control de Inventario y Almacenamiento de Alimentos" de Wayne Gisslen.

Capítulo 712

GESTIÓN DE ALIMENTOS EN CUARENTENA: CÓMO EL PINCHE DE COCINA ASEGURA LA INOCUIDAD EN SITUACIONES DE EMERGENCIA SANITARIA

AGUSTÍN MIGUEL ACERO DORADOR

MARÍA ANGELES CHAPARRO LIMONCHE

JAVIER MARTINEZ VALIENTE

PATRICIA ROJAS MORENO

1 Introducción

La gestión de alimentos en cuarentena es un tema de vital importancia en situaciones de emergencia sanitaria, ya que la inocuidad de los alimentos se convierte en un aspecto crítico para proteger la salud pública. En medio de brotes de enfermedades contagiosas, como la COVID-19 u otras pandemias, la forma en que se manipulan, almacenan y distribuyen los alimentos se convierte en un desafío complejo que requiere una planificación cuidadosa y una ejecución meticulosa.

El rol fundamental en esta gestión recae en el pinche de cocina, una figura esencial en la industria gastronómica que, si bien suele pasar desapercibida, se convierte en un auténtico héroe en tiempos de crisis sanitaria. La labor de un pinche

de cocina, que normalmente consiste en asistir al chef principal en la preparación de alimentos, toma un giro crucial durante una cuarentena o una emergencia sanitaria. Este individuo, con su conocimiento sobre seguridad alimentaria, se convierte en el guardián de la inocuidad de los alimentos, asegurando que los platos servidos no solo sean deliciosos, sino también seguros para el consumo humano.

Exploraremos la importancia de la gestión de alimentos en cuarentena y cómo el pinche de cocina desempeña un papel fundamental en garantizar la inocuidad de los alimentos en situaciones de crisis sanitaria. Analizaremos los desafíos específicos que enfrenta el sector de la alimentación en tiempos de emergencia, desde la escasez de suministros hasta la implementación de protocolos de higiene más estrictos. También discutiremos la necesidad de una capacitación constante y la adaptabilidad por parte de los profesionales de la cocina, así como la importancia de la colaboración con las autoridades sanitarias y la comunidad en general para mantener a raya los riesgos relacionados con los alimentos.

En un mundo cada vez más interconectado, donde las enfermedades pueden propagarse rápidamente, comprender cómo gestionar los alimentos de manera segura durante una cuarentena se ha convertido en un conocimiento vital para garantizar la salud y el bienestar de la población. A medida que avanzamos en este análisis, exploraremos estrategias, mejores prácticas y consejos prácticos que los pincheros de cocina y los profesionales de la gastronomía pueden aplicar para cumplir con su compromiso de brindar alimentos seguros y deliciosos en medio de circunstancias extraordinarias.

2 Objetivos

Describir los aspectos fundamentales a tener en cuenta por el pinche de cocina en relación con la gestión de alimentos en cuarentena.

3 Metodología

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

4 Resultados

La gestión de alimentos durante una cuarentena o una emergencia sanitaria es de suma importancia para garantizar la seguridad alimentaria de las personas. El pinche de cocina, o chef de cocina, juega un papel crucial en asegurar la inocuidad de los alimentos en estas situaciones. Aquí te presento algunos resultados clave sobre cómo el pinche de cocina puede desempeñar un papel fundamental en este proceso:

1. ****Planificación y Preparación****: El pinche de cocina debe participar en la planificación de las comidas durante la cuarentena. Esto implica seleccionar alimentos que tengan una vida útil prolongada, como alimentos enlatados, congelados y secos. También debe asegurarse de tener un inventario adecuado de suministros y equipos de cocina.
2. ****Higiene Personal y del Entorno****: El pinche de cocina debe ser un ejemplo en términos de higiene personal, incluyendo el lavado frecuente de manos y el uso de equipos de protección personal (EPP) como guantes y mascarillas. Además, debe mantener la cocina y las áreas de preparación de alimentos limpias y desinfectadas constantemente.
3. ****Gestión de Residuos****: Durante una cuarentena, es esencial gestionar adecuadamente los residuos de alimentos para evitar la contaminación y la propagación de enfermedades. El pinche de cocina debe implementar un sistema eficiente de manejo de desperdicios.
4. ****Control de Temperatura****: El control de la temperatura es esencial para la inocuidad alimentaria. El chef debe garantizar que los alimentos se almacenen y cocinen a las temperaturas adecuadas para prevenir el crecimiento de bacterias dañinas.
5. ****Etiquetado y Rotación de Alimentos****: El pinche de cocina debe establecer un sistema de etiquetado y rotación de alimentos para garantizar que los alimentos más antiguos se utilicen primero. Esto ayuda a evitar el desperdicio de alimentos y garantiza que se consuman productos frescos antes de que se deterioren.
6. ****Educación y Capacitación****: Es importante que el personal de cocina esté capacitado en prácticas seguras de manipulación de alimentos y en el reconocimiento de posibles signos de contaminación. El pinche de cocina puede desempeñar un papel activo en la capacitación del personal.

7. ****Adaptación a Limitaciones de Recursos****: En situaciones de emergencia, los recursos pueden ser limitados. El pinche de cocina debe ser creativo y adaptable, buscando formas de preparar comidas nutritivas con los ingredientes disponibles.

8. ****Comunicación y Tranquilidad****: El chef también puede ayudar a mantener la calma y la moral del equipo y de los afectados al proporcionar comidas reconfortantes y nutritivas. La comunicación efectiva sobre las medidas de seguridad alimentaria también es esencial.

En resumen, la gestión de alimentos durante una cuarentena o una emergencia sanitaria es un desafío importante, y el pinche de cocina desempeña un papel crucial en garantizar la inocuidad de los alimentos y el bienestar de las personas afectadas. Su experiencia en preparación de alimentos, higiene y planificación se convierte en un recurso valioso en estas circunstancias.

5 Discusión-Conclusión

La gestión de alimentos durante una cuarentena o una emergencia sanitaria es una tarea crítica que requiere una planificación cuidadosa y la participación activa de profesionales de la cocina, como los pinches de cocina o chefs. La seguridad alimentaria en estas circunstancias es esencial para proteger la salud y el bienestar de las personas afectadas, y el rol del chef en este proceso es fundamental. A través de una serie de prácticas y medidas clave, los chefs pueden asegurar la inocuidad de los alimentos y contribuir al éxito de la respuesta ante la emergencia.

En conclusión, la gestión de alimentos en situaciones de cuarentena y emergencia sanitaria es una tarea compleja que involucra múltiples aspectos, desde la planificación hasta la seguridad alimentaria y la gestión de recursos. El papel del pinche de cocina o chef es esencial para garantizar la inocuidad de los alimentos y el bienestar de las personas afectadas. Su experiencia y habilidades son recursos invaluableles en momentos de crisis, y su compromiso con la seguridad alimentaria contribuye en gran medida a la respuesta exitosa ante la emergencia.

6 Bibliografía

1. "Seguridad Alimentaria en Situaciones de Emergencia" de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO).

2. "Manual de Seguridad Alimentaria en Situaciones de Emergencia" de la Organización Mundial de la Salud (OMS).
3. "Manual de Buenas Prácticas de Manipulación de Alimentos" del Ministerio de Salud de Argentina.
4. "Gestión de la Inocuidad de los Alimentos en Situaciones de Crisis" de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN).
5. "Guía de Alimentación y Nutrición en Situaciones de Emergencia" de Acción Contra el Hambre.

Capítulo 713

EL ODONTOLOGO Y SUS FUNCIONES EN LA ODONTOLOGÍA GERIÁTRICA

MARIA ELENA QUILEZ PARREÑO

TAMARA VALERA COLLADO

1 Introducción

La odontología geriátrica es una rama de la odontología que se centra en el cuidado oral de los pacientes mayores, específicamente aquellos que son parte de la población geriátrica. Esta disciplina se dedica al diagnóstico, tratamiento y prevención de problemas de salud oral que afectan a los adultos mayores. Dado que el envejecimiento conlleva cambios específicos en la salud bucal y en las necesidades dentales, la odontología geriátrica aborda estos aspectos de manera especializada. Algunos de los aspectos clave de la odontología geriátrica son:

- Deterioro dental relacionado con la edad: A medida que las personas envejecen, su salud dental puede verse afectada de diversas maneras. Esto puede incluir la pérdida de dientes, el desgaste del esmalte dental, la disminución de la producción de saliva y un mayor riesgo de enfermedades periodontales.
- Atención especializada: La odontología geriátrica se enfoca en abordar los problemas orales específicos que afectan a las personas mayores, como la rehabilitación oral, la prótesis dental, la prevención de caries y la atención a enfermedades periodontales.

- Medicamentos y salud bucal: Los adultos mayores a menudo toman una variedad de medicamentos para tratar afecciones médicas crónicas. La odontología geriátrica se ocupa de comprender cómo estos medicamentos pueden influir en la salud oral y en la interacción con tratamientos dentales.

2 Objetivos

- Explicar las funciones que desempeñan los odontólogos dentro de la odontología geriátrica englobando el diagnóstico y la rehabilitación de los mismos.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los odontólogos que trabajan en el campo de la odontología geriátrica desempeñan un papel crucial en la atención dental de las personas mayores. Sus funciones específicas en esta disciplina incluyen:

- Evaluación de la salud oral: Los odontólogos geriátricos realizan evaluaciones exhaustivas de la salud oral de los pacientes mayores. Esto implica examinar los dientes, las encías, las mucosas, la lengua y otros tejidos orales para identificar problemas existentes o potenciales.
- Diagnóstico y tratamiento: Una vez que se ha realizado una evaluación, los odontólogos geriátricos diagnostican problemas orales, como caries, enfermedades de las encías, infecciones o problemas de prótesis dentales. Luego, proponen y realizan tratamientos adecuados para abordar estos problemas, que pueden incluir restauraciones dentales, extracciones, tratamiento de enfermedades de las encías o ajustes en prótesis dentales.
- Rehabilitación oral: La odontología geriátrica a menudo implica la rehabilitación oral, que puede incluir la restauración de dientes dañados o perdidos mediante

prótesis, implantes dentales, puentes u otras opciones para mejorar la función masticatoria y la estética dental.

- Prevención: Los odontólogos geriátricos trabajan en la prevención de problemas orales en personas mayores. Esto incluye la educación sobre el cuidado oral adecuado y la importancia de una dieta equilibrada y baja en azúcares para prevenir caries y enfermedades de las encías.
- Manejo de enfermedades crónicas: Muchos adultos mayores tienen enfermedades crónicas, como diabetes o enfermedades cardiovasculares, que pueden influir en su salud oral. Los odontólogos geriátricos colaboran con otros profesionales de la salud para brindar un enfoque integral en el manejo de estas condiciones y su relación con la salud oral.
- Atención de prótesis dentales: Los pacientes mayores pueden usar prótesis dentales, como dentaduras postizas. Los odontólogos geriátricos se encargan de la evaluación, el ajuste y la atención continua de estas prótesis para asegurarse de que se ajusten adecuadamente y sean funcionales.

5 Discusión-Conclusión

Los odontólogos geriátricos desempeñan un papel fundamental en la educación de los pacientes mayores y sus cuidadores, brindando información sobre prácticas de cuidado oral adecuadas y promoviendo la importancia de mantener una buena salud bucal a medida que envejecen.

En resumen, los odontólogos que se especializan en la odontología geriátrica tienen la responsabilidad de abordar las necesidades únicas de los adultos mayores en cuanto a su salud bucal. Esto implica una amplia gama de funciones, desde la evaluación y el tratamiento de problemas orales hasta la prevención, la rehabilitación oral y la educación. Su objetivo es mejorar la calidad de vida de las personas mayores al mantener y mejorar su salud bucal.

6 Bibliografía

- Scopus

Capítulo 714

EL ODONTOLOGO Y EL XILITOL

MARIA ELENA QUILEZ PARREÑO

TAMARA VALERA COLLADO

1 Introducción

El xilitol es un alcohol de azúcar que se utiliza como edulcorante y se encuentra de forma natural en muchas frutas y verduras, aunque también se produce comercialmente a partir de la madera de abedul y otras fuentes de biomasa. A nivel químico, el xilitol es un polialcohol con un sabor dulce, similar al azúcar de mesa (sacarosa), pero con un menor valor calórico y sin los efectos perjudiciales del azúcar en los dientes.

El xilitol tiene varias características notables:

- Sabor dulce: El xilitol es dulce al gusto y se utiliza en alimentos y productos como sustituto del azúcar, permitiendo a las personas endulzar sus alimentos y bebidas sin aportar el mismo número de calorías.
- Bajo en calorías: Aunque el xilitol es dulce, su contenido calórico es significativamente menor que el azúcar de mesa. Esto lo hace atractivo para personas que buscan reducir su ingesta de calorías.
- Beneficios para la salud dental: El xilitol es conocido por su capacidad para prevenir la caries dental. A diferencia del azúcar, no se descompone en la boca por las bacterias que causan la caries, lo que reduce la formación de ácidos y la erosión del esmalte dental.

- No provoca picos de azúcar en sangre: A pesar de su sabor dulce, el xilitol tiene un índice glucémico bajo y no provoca un aumento significativo en los niveles de azúcar en sangre, lo que lo hace apto para personas con diabetes o que buscan mantener niveles de glucosa estables.
- Digestión: El xilitol se absorbe lentamente en el sistema digestivo y puede tener un efecto laxante en algunas personas si se consume en exceso.

2 Objetivos

- Dar a conocer algunas de las formas en que los odontólogos pueden estar involucrados en el uso y la recomendación del xilitol.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 xilitol es un componente de interés para los odontólogos debido a sus efectos beneficiosos en la salud dental. A continuación, se detallan algunas de las formas en que los odontólogos pueden estar involucrados en el uso y la recomendación del xilitol:

- Prevención de caries: El xilitol se ha demostrado eficaz en la prevención de caries dentales. Los odontólogos pueden recomendar productos que contienen xilitol, como chicles sin azúcar o caramelos, a sus pacientes, especialmente a aquellos con un riesgo elevado de caries. El xilitol ayuda a reducir la formación de ácidos y la proliferación de bacterias cariogénicas en la boca, lo que disminuye el riesgo de caries.
- Tratamiento de la boca seca (xerostomía): La xerostomía es una afección caracterizada por una disminución de la producción de saliva, lo que puede aumentar el riesgo de caries. Los odontólogos pueden recomendar productos con xilitol,

como chicles o caramelos sin azúcar, para estimular la producción de saliva y aliviar los síntomas de la boca seca.

- Productos para la higiene oral: Algunos productos de higiene oral, como pastas de dientes y enjuagues bucales, contienen xilitol debido a sus propiedades para combatir las caries y promover la salud bucal. Los odontólogos pueden recomendar estos productos a sus pacientes como parte de su régimen de cuidado bucal.
- Educación sobre el uso adecuado: Los odontólogos pueden educar a sus pacientes sobre el uso adecuado del xilitol y proporcionar orientación sobre la cantidad y la frecuencia recomendadas para obtener los beneficios en la prevención de caries y otros problemas dentales.
- Recomendaciones específicas para pacientes con necesidades especiales: Los odontólogos pueden considerar el uso del xilitol en pacientes con necesidades dentales especiales, como aquellos con diabetes o xerostomía, para ayudar a controlar su salud oral.

5 Discusión-Conclusión

Es importante tener en cuenta que, aunque el xilitol es seguro para la mayoría de las personas, puede ser tóxico para las mascotas, como perros y gatos, por lo que se debe mantener fuera de su alcance.

Es importante destacar que el xilitol es una herramienta complementaria en el cuidado de la salud dental y no reemplaza prácticas fundamentales como el cepillado regular, el uso del hilo dental y las visitas periódicas al dentista. Los odontólogos pueden desempeñar un papel fundamental al educar a sus pacientes sobre el uso apropiado del xilitol y cómo incorporarlo en su rutina de cuidado oral para mantener una boca saludable y prevenir las caries.

6 Bibliografía

- Scopus

Capítulo 715

LA NEURALGIA DEL TRIGÉMINO Y EL ODONTOLOGO

TAMARA VALERA COLLADO

MARIA ELENA QUÍLEZ PARREÑO

1 Introducción

La neuralgia del trigémino, también conocida como "tic doloroso" o "ataque de nervio", es una afección neurológica que se caracteriza por episodios intensos de dolor en la cara. El nervio trigémino es el quinto par craneal y es responsable de transmitir las sensaciones de tacto y dolor desde la cara hacia el cerebro. Cuando este nervio se irrita o se comprime, puede dar lugar a episodios agudos de dolor facial severo y súbito.

Algunas características importantes de la neuralgia del trigémino son:

- Dolor severo y súbito: El síntoma principal es el dolor facial intenso que es a menudo descrito como punzante, cortante, eléctrico o como una sensación de quemazón. El dolor es de corta duración, generalmente dura unos segundos o minutos, pero puede ser extremadamente intenso y debilitante.
- Desencadenantes: Los episodios de dolor a menudo son desencadenados por actividades cotidianas, como hablar, masticar, afeitarse, lavar la cara o incluso sentir el viento en la cara.
- Episodios recurrentes: La neuralgia del trigémino tiende a ser recurrente, con períodos de alivio seguidos de recaídas. Los episodios pueden aumentar en frecuencia y severidad con el tiempo.

- Unilateral: El dolor generalmente se presenta en un lado de la cara, pero puede afectar tanto el lado izquierdo como el derecho.

2 Objetivos

- Enseñar el papel en la identificación y el manejo de la neuralgia del trigémino debido a su ubicación en la cara y su relación con las estructuras bucales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 del trigémino es una afección neurológica que involucra al nervio trigémino y se manifiesta como episodios intensos de dolor facial. Aunque es una condición neurológica, los odontólogos también pueden desempeñar un papel en la identificación y el manejo de la neuralgia del trigémino debido a su ubicación en la cara y su relación con las estructuras bucales. Aquí hay algunas formas en que los odontólogos pueden estar involucrados:

- Detección inicial: Los pacientes que experimentan dolor facial intenso a menudo buscan atención médica y odontológica. Los odontólogos pueden ser los primeros en identificar los síntomas de la neuralgia del trigémino y derivar al paciente a un neurólogo u otro especialista para un diagnóstico definitivo.
- Historia dental y revisión de la boca: Los odontólogos pueden realizar una revisión bucal completa y tomar una historia dental detallada para identificar posibles factores que contribuyan al dolor facial, como infecciones dentales, problemas con prótesis dentales o problemas en los tejidos bucales. Estas evaluaciones pueden ayudar a descartar otras causas de dolor facial.
- Colaboración con especialistas: En el diagnóstico y tratamiento de la neuralgia del trigémino, es común que los odontólogos colaboren con neurólogos y otros

especialistas en dolor. Los odontólogos pueden proporcionar información sobre la historia oral del paciente y su salud dental que puede ser relevante para el diagnóstico y el tratamiento.

- Tratamiento de afecciones dentales concurrentes: En algunos casos, el dolor facial puede estar relacionado con problemas dentales concomitantes. Los odontólogos pueden realizar tratamientos dentales, como extracciones o procedimientos de endodoncia, para abordar cualquier problema dental que contribuya al dolor facial.
- Revisión y ajuste de prótesis dentales: Si el dolor facial está relacionado con prótesis dentales, como dentaduras postizas o coronas, los odontólogos pueden revisar y ajustar estas prótesis para garantizar un ajuste adecuado y minimizar la irritación del nervio trigémino.

5 Discusión-Conclusión

El tratamiento de la neuralgia del trigémino puede implicar una variedad de enfoques, que incluyen medicamentos para controlar el dolor, procedimientos para bloquear la señal del nervio trigémino, terapias alternativas y, en casos graves o resistentes al tratamiento, cirugía.

Es importante destacar que la neuralgia del trigémino es una afección neurológica compleja que a menudo requiere el diagnóstico y el tratamiento de un neurólogo o un especialista en dolor. Sin embargo, dada su ubicación facial y su relación con las estructuras bucales, los odontólogos pueden desempeñar un papel en la evaluación inicial, la colaboración interdisciplinaria y el manejo de factores dentales concurrentes que pueden contribuir al dolor facial en casos específicos.

6 Bibliografía

- Scopus

Capítulo 716

EL PAPEL DEL GRUPO DE GESTIÓN EN LA FUNCIÓN ADMINISTRATIVA EN LA REGULACIÓN DE LOS ATRASOS DE LA NÓMINA DEL PERSONAL HOSPITALARIO

JUAN-LUIS SÁNCHEZ-FERRERO PUERTO

ANGEL MODESTO RODRIGUEZ VILLASEVIL

LAURA JERÓNIMO OLAYA

1 Introducción

Los atrasos en la nómina del personal que trabaja en un hospital pueden tener consecuencias significativas tanto para los empleados como para la gestión de la institución. Un retraso en el pago de salarios puede generar preocupación, estrés financiero y descontento entre el personal. Aquí se exponen algunas de las principales razones y efectos de los atrasos en la nómina:

Problemas Administrativos: Los atrasos suelen estar relacionados con problemas administrativos, como errores en la entrada de datos, procesos manuales ineficientes o retrasos en la aprobación de las nóminas.

Impacto en el Personal: Para el personal, los atrasos en el pago de salarios pueden ser angustiantes. Pueden enfrentar dificultades financieras, retrasos en el pago de facturas y problemas para cubrir sus gastos básicos.

Descontento y Moral Baja: Los atrasos repetidos en la nómina pueden generar descontento y moral baja entre los empleados. Esto, a su vez, puede afectar la productividad y la calidad de la atención médica.

Posible Rotación de Personal: Si los atrasos se vuelven recurrentes, es posible que el personal decida buscar oportunidades laborales en otros lugares, lo que puede resultar en una rotación de empleados no planificada.

Sanciones Legales: Los atrasos en la nómina pueden resultar en sanciones legales y multas si no se abordan adecuadamente. Esto podría dañar la reputación del hospital y generar costos adicionales.

Gestión de Recursos Humanos: La gestión de recursos humanos se ve sobrecargada al tener que lidiar con reclamaciones, consultas y la insatisfacción del personal debido a los atrasos.

Necesidad de Soluciones Permanentes: Para evitar atrasos en la nómina, se deben implementar soluciones permanentes, como la automatización de los procesos de nómina y la mejora de la supervisión administrativa.

Los atrasos en la nómina son un problema grave que afecta tanto a los empleados como a la gestión de un hospital. Para prevenirlos, es crucial identificar y abordar las causas subyacentes, mejorar los procesos administrativos y garantizar un flujo de efectivo adecuado. La puntualidad en el pago de salarios es esencial para mantener un entorno de trabajo estable y asegurar que el personal pueda concentrarse en brindar atención médica de calidad.

2 Objetivos

Mostrar las funciones del grupo de gestión de la función administrativo en la regulación de los atrasos de las nóminas del personal sanitario.

3 Metodología

En esta investigación de revisión bibliográfica se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa, en una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

La resolución de los atrasos en la nómina del personal del Hospital, por parte del personal del SESCOAM en gestión de la función administrativa, es una tarea crítica que requiere un enfoque integral y eficiente. Para abordar con éxito este problema, se deben seguir una serie de pasos clave:

Identificación de Causas: En primer lugar, el personal de gestión administrativa debe realizar un análisis exhaustivo para identificar las causas subyacentes de los atrasos en la nómina. Esto podría incluir problemas en los procesos de recopilación de datos, retrasos en la aprobación de nóminas, errores en la entrada de información, entre otros.

Establecimiento de un Equipo de Trabajo: Es fundamental crear un equipo interdisciplinario que incluya a profesionales de recursos humanos, finanzas y tecnología de la información. Este equipo colaborará para abordar las causas subyacentes de los atrasos.

Mejora de Procesos: Una vez que se hayan identificado las causas, se debe trabajar en la mejora de los procesos. Esto podría incluir la automatización de la gestión de nóminas, la implementación de sistemas de seguimiento y la revisión de los procedimientos administrativos.

Comunicación Transparente: Es esencial mantener una comunicación abierta y transparente con el personal del hospital. Se deben proporcionar actualizaciones regulares sobre los esfuerzos para resolver los atrasos y brindar a los empleados un canal para plantear inquietudes y preguntas.

Seguimiento y Auditoría: El personal de gestión administrativa debe establecer un sistema de seguimiento y auditoría para garantizar que los cambios implementados estén funcionando de manera efectiva y que no se repitan los atrasos.

Plan de Contingencia: Se debe desarrollar un plan de contingencia para abordar atrasos inesperados en el futuro, de modo que el personal sepa cómo actuar en caso de que surjan problemas.

Evaluación Continua: La resolución de los atrasos debe ser un proceso continuo. El personal de gestión administrativa debe evaluar regularmente la eficacia de las soluciones implementadas y ajustarlas según sea necesario.

La resolución de los atrasos en la nómina del personal del hospital es esencial para

garantizar la satisfacción de los empleados, mantener la moral y la productividad, y evitar sanciones legales. La colaboración entre diferentes departamentos y la implementación de soluciones tecnológicas pueden ser clave en este proceso. Además, la comunicación efectiva con el personal es esencial para restaurar la confianza y mantener un ambiente de trabajo estable.

5 Discusión-Conclusión

Para mejorar los cálculos de los atrasos en la nómina, es fundamental implementar cambios efectivos en los procesos administrativos. Aquí hay una recomendación clave:

Automatización y Software Especializado: Utilizar un software de nómina especializado que automatice los cálculos y verifique los datos de manera precisa. Estos sistemas pueden gestionar eficientemente las bonificaciones por trabajo nocturno y en festivos, garantizando que se apliquen las tasas correctas y evitando errores manuales.

Además, estos programas pueden proporcionar registros claros y detallados, lo que facilita el seguimiento y la generación de informes. La automatización no solo reduce el margen de error, sino que también agiliza el proceso de nómina en su conjunto, garantizando que los empleados reciban sus salarios de manera puntual y precisa. La inversión en software de nómina de calidad puede marcar la diferencia significativa en la gestión de atrasos y en la satisfacción del personal.

6 Bibliografía

Navia-Núñez, M., & Stefanu-Lidorikiotu, Y. (2020). Cambios esperados en las funciones administrativas después de la emergencia sanitaria: estudio en directivos de España y Colombia. *Contabilidad y Negocios*, 15(30), 6-23.

Capítulo 717

EL PAPEL DEL GRUPO DE GESTIÓN EN LA FUNCIÓN ADMINISTRATIVA EN EL ENVÍO DE CERTIFICADOS DEL PERSONAL

JUAN-LUIS SÁNCHEZ-FERRERO PUERTO

ANGEL MODESTO RODRIGUEZ VILLASEVIL

LAURA JERÓNIMO OLAYA

1 Introducción

El Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) puede requerir diversos certificados del personal que trabaja en sus hospitales y centros de salud. Estos certificados son esenciales para garantizar que los profesionales cumplan con los requisitos necesarios para ejercer su labor y para cumplir con las regulaciones y normativas vigentes. Algunos de los certificados más comunes incluyen:

Certificado de Titulación: Esencial para verificar que el personal tiene las titulaciones académicas y profesionales requeridas para su posición. Esto incluye títulos de médico, enfermera, técnico de laboratorio, entre otros.

Certificado de Habilitación: Algunos profesionales de la salud, como médicos, pueden requerir un certificado de habilitación para ejercer en un área específica de la medicina.

Certificado de Antecedentes Penales: Para garantizar la idoneidad del personal, el SESCOAM puede solicitar certificados de antecedentes penales para verificar que no existen condenas que puedan afectar su desempeño laboral.

Certificado de Cursos de Formación: Muchos profesionales de la salud deben completar cursos de formación continua. Los certificados de estos cursos son importantes para demostrar que están actualizados en sus conocimientos y habilidades.

Certificado de Vacunación: En entornos de salud, es crucial asegurarse de que el personal esté al día con las vacunas necesarias para prevenir la propagación de enfermedades infecciosas.

Certificado de Registro Sanitario: Algunos profesionales de la salud, como farmacéuticos, pueden requerir un certificado de registro sanitario para ejercer su profesión.

2 Objetivos

Mostrar las funciones del grupo de gestión de la función administrativa en el envío de certificados del personal.

3 Metodología

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

4 Resultados

El Grupo de Gestión en la función administrativa desempeña un papel esencial en el envío y la gestión de los certificados que el personal del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) requiere para ejercer sus funciones de manera adecuada y en cumplimiento de las regulaciones. Su papel abarca una serie de responsabilidades clave:

Recopilación de Documentación: El grupo de gestión administrativa es responsable de recopilar la documentación necesaria de los profesionales de la salud que trabajan en el SESCOAM. Esto incluye certificados de titulación, habilitación, antecedentes penales, formación y otros documentos necesarios.

Verificación y Validación: Una vez que se recopilan los certificados, el grupo de gestión administrativa se encarga de verificar su autenticidad y asegurarse de que cumplen con los requisitos necesarios para ejercer en el sistema de salud.

Gestión de Plazos: A menudo, los certificados deben presentarse dentro de plazos específicos. El grupo de gestión se asegura de que los profesionales estén al tanto de los plazos y de que los certificados se entreguen a tiempo.

Seguimiento y Renovación: Algunos certificados, como los de formación continua, deben renovarse periódicamente. El grupo de gestión administrativa realiza un seguimiento de las fechas de vencimiento y ayuda a los profesionales a obtener renovaciones cuando sea necesario.

Comunicación con el Personal: Mantener una comunicación efectiva con el personal es esencial. El grupo de gestión debe aclarar cualquier pregunta o inquietud relacionada con los certificados y proporcionar orientación sobre los procedimientos necesarios.

Registro y Documentación: Mantener un registro preciso de los certificados y documentos entregados es fundamental para asegurarse de que se cumplan todas las regulaciones y que se pueda demostrar la conformidad.

Colaboración con Entidades Externas: En algunos casos, es posible que el grupo de gestión deba colaborar con entidades externas, como agencias gubernamentales o instituciones académicas, para obtener los certificados necesarios.

La gestión adecuada de los certificados es crucial para garantizar que el personal del SESCOAM cumpla con los requisitos legales y de calificación para brindar atención médica de calidad. Además, contribuye a mantener la seguridad del paciente y el cumplimiento de las regulaciones de salud. El Grupo de Gestión en la función administrativa desempeña un papel fundamental en este proceso, asegurando que los profesionales estén debidamente certificados y puedan ejercer en el sistema de salud de Castilla-La Mancha de manera efectiva y conforme a la normativa.

5 Discusión-Conclusión

Para mejorar el proceso de envío de certificados a los trabajadores del SESCOAM, es esencial implementar prácticas eficientes que reduzcan la carga administrativa y garanticen la puntualidad en la entrega de estos documentos.

En primer lugar, se recomienda automatizar la solicitud y emisión de certificados siempre que sea posible. La implementación de un sistema electrónico que permita a los empleados solicitar certificados en línea agilizará el proceso y reducirá los tiempos de espera. Además, se debe establecer un sistema de seguimiento para que los empleados puedan rastrear el estado de sus solicitudes y recibir notificaciones cuando los certificados estén disponibles. Esta transparencia y facilidad de acceso aumentará la satisfacción de los empleados y reducirá las consultas administrativas.

En segundo lugar, se debe ofrecer capacitación al personal para que comprendan el proceso de solicitud de certificados y puedan proporcionar la documentación requerida de manera eficiente. También se deben establecer plazos claros para la entrega de los certificados y garantizar la puntualidad en su emisión. La comunicación efectiva y la claridad en los procedimientos son esenciales para mejorar la gestión de certificados en el SESCOAM y garantizar que los trabajadores reciban estos documentos de manera oportuna.

6 Bibliografía

1. Navia-Núñez, M., & Stefanu-Lidorikiotu, Y. (2020). Cambios esperados en las funciones administrativas después de la emergencia sanitaria: estudio en directivos de España y Colombia. *Contabilidad y Negocios*, 15(30), 6-23.

Capítulo 718

CONCILIACIÓN FAMILIAR EN EL ÁMBITO SANITARIO

ANA ESTHER FERNANDEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

La conciliación familiar se define como el equilibrio que existe entre la vida profesional y la vida personal de todos los trabajadores.

Este concepto es algo que ha surgido hace relativamente poco tiempo y que tiene como objetivo principal la estabilidad y felicidad de los trabajadores para así obtener una mayor productividad y eficiencia en sus puestos de trabajo.

En nuestro país, la primera ley específica para este ámbito ha sido la Ley 39/1999 de 5 de noviembre y desde entonces han ido mejorando y aumentando el nivel de conciliación para los trabajadores, aunque aún queda mucho por hacer.

En el ámbito sanitario, la conciliación familiar es algo que se intenta mejorar día a día ya que, debido a los turnos rotativos, las jornadas laborales extensas y el alto nivel de responsabilidad, los trabajadores sanitarios tienen complicado el poder compaginar la vida laboral y personal.

Este tema ha creado mucha impotencia entre los trabajadores y ha llevado a una serie de regulaciones que protejan a los trabajadores y sus vidas personales.

En este trabajo pasaré a explicar las razones de por qué la regulación y el control en el ámbito laboral para lograr una conciliación familiar general es algo de vital importancia para todos.

2 Objetivos

1. Garantizar que todos los trabajadores tienen la capacidad de equilibrar su vida laboral y personal de una manera lo más eficiente y beneficiosa para todos.
2. Explicar la importancia de la conciliación familiar y los problemas reales que podemos observar en el día a día de los trabajadores en España.

3 Metodología

Para este trabajo he revisado diversas fuentes de información en numerosas publicaciones, escritos y medios online y, por supuesto, las principales bases de datos como la conocida PubMed.

Este tema me preocupa especialmente ya que es algo que nos afecta a todos. Todos somos trabajadores con familias que sueñan con una conciliación laboral completa y de calidad avalada por una legislación potente y fuerte.

Además de las revisiones bibliográficas, he preguntado a compañeros y compañeras del ámbito sanitario y he descubierto la infinidad de veces que esta conciliación no se respeta.

4 Resultados

La conciliación familiar continúa siendo una asignatura pendiente en nuestro país y estamos aún muy lejos de conseguirla de una manera completa y efectiva para todos.

El 23 de marzo se celebra el día Nacional de la Conciliación y la Corresponsabilidad cuyo objetivo principal es la toma de conciencia de un tema de vital importancia.

Desde la primera ley para la conciliación familiar de 1999, hemos visto una evolución y mejora de la misma aunque aún no estamos a los niveles que se considerarían óptimos. Este mismo año, el 16 de mayo de 2023, el gobierno de España ha sacado una nueva Ley de familias por la cual, a través de permisos retribuidos y diversos derechos, busca mejorar las condiciones de conciliación para todos los trabajadores.

En nuestro país más del 65% de los padres y madres tienen dificultades reales e importantes para conciliar sus trabajos con su vida personal y familiar. Aunque estamos avanzando bastante en este tema, el conseguir un equilibrio entre vida personal y profesional sigue siendo una de los puntos de mayor importancia para

todos los departamentos de recursos humanos de empresas e instituciones públicas y privadas.

En el ámbito hospitalario, el estrés del trabajo del día a día, los turnos rotativos y la gran carga de trabajo hacen que cada día podamos ver más casos de estrés, ansiedad, baja motivación laboral y depresiones entre los trabajadores y, en muchos casos, bajas laborales o incluso renunciadas al hacer a los trabajadores elegir entre una vida profesional o laboral.

En el caso de las mujeres trabajadoras en el ámbito de la sanidad, que son un alto porcentaje de las plantillas de trabajo, podemos observar que, aunque las mujeres pueden hacer algo de conciliación con las bajas de maternidad y, posteriormente, las reducciones de jornada laboral aún se encuentran numerosos obstáculos para poder disfrutar de ambas vidas sin tener que sacrificar una sobre la otra.

5 Discusión-Conclusión

La conciliación familiar en nuestro ámbito sanitario es un tema que preocupa y mucho a todos los profesionales sanitarios y no sanitarios. Tras revisar muchos textos, artículos y demás he sacado en conclusión que la gran mayoría de los trabajadores en nuestro país sufren las consecuencias de una conciliación familiar no demasiado desarrollada y amplia que impide, en muchos casos, la completa conciliación de los trabajadores provocando altos niveles de descontento que afectan física y psicológicamente tanto a los trabajadores como a sus familias. Este descontento baja los niveles de eficiencia y eficacia de los trabajadores afectando también a las empresas e instituciones sanitarias públicas y privadas de una manera directa y preocupante.

Es tarea de todos el asegurar que estas leyes de familia y conciliación se cumplen y que todos trabajemos unidos día a día para mejorarlas e implementarlas hasta lograr una completa y total conciliación en el ámbito laboral y personal para todos.

6 Bibliografía

1. <https://www.unitecoprofesional.es/blog/conciliacion-familiar/>
2. <https://www.redaccionmedica.com/la-revista/reportajes/conciliacion-en-sanidad-un-esfuerzo-titanico-que-resiente-salud-y-bolsillo-8352>
3. <https://www.redaccionmedica.com/la-revista/reportajes/conciliacion-en-sanidad-un-esfuerzo-titanico-que-resiente-salud-y-bolsillo-8352>

4. <https://www.uso.es/analizamos-el-real-decreto-ley-5-2023-nuevos-permisos-retribuidos-conciliacion-parejas-de-hecho/>

Capítulo 719

EL PAPEL DEL GRUPO DE GESTIÓN EN LA FUNCIÓN ADMINISTRATIVA EN EL PROGRAMA DE GESTIÓN DE NÓMINAS

ANGEL MODESTO RODRIGUEZ VILLASEVIL

JUAN-LUIS SÁNCHEZ-FERRERO PUERTO

LAURA JERÓNIMO OLAYA

1 Introducción

El Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) es una entidad que gestiona una gran cantidad de personal en sus hospitales y centros de salud. Para gestionar eficazmente la nómina de este personal, el SESCAM utiliza un programa de nóminas. Este programa es una herramienta informática que automatiza el cálculo de salarios y beneficios para los empleados de la organización.

El programa de nóminas del SESCAM cumple varias funciones esenciales:

Cálculo de Salarios: El programa realiza cálculos precisos de los salarios de acuerdo con las regulaciones laborales, teniendo en cuenta factores como el tiempo de trabajo, las bonificaciones, los descuentos, etc.

Gestión de Beneficios: También se encarga de gestionar los beneficios adicionales que pueden recibir los empleados, como las bonificaciones por trabajo nocturno o en días festivos.

Registro de Horas Trabajadas: Registra las horas trabajadas por cada empleado, lo que es especialmente importante en entornos de atención médica, donde se pueden realizar turnos irregulares.

Generación de Documentación Legal: El programa de nóminas genera automáticamente la documentación necesaria, como las nóminas y los informes fiscales, para garantizar el cumplimiento normativo.

Archivo y Seguimiento: Almacena registros históricos de nóminas y permite un seguimiento preciso de los datos de cada empleado.

Comunicación con los Empleados: Puede ofrecer a los empleados acceso a sus nóminas y documentación relacionada a través de un portal en línea, lo que aumenta la transparencia y la comodidad.

El programa de nóminas del SESCAM es una herramienta fundamental para la gestión eficiente de los salarios y beneficios de su personal. Facilita la cumplimiento de los requisitos legales y fiscales, garantiza la precisión en los cálculos de salarios y reduce la carga administrativa en la gestión de la nómina en una organización de atención médica tan grande y compleja como el SESCAM.

2 Objetivos

Mostrar las funciones del grupo de gestión de la función administrativo en la gestión de nóminas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 Grupo de Gestión en la función administrativa desempeña un papel esencial en el manejo del programa de nóminas del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM). Sus funciones se extienden a lo largo de todo el ciclo de nóminas,

desde la recopilación de datos iniciales hasta la emisión de los salarios y la gestión de la documentación relacionada. Aquí se destacan algunas de las funciones clave que desempeñan en el manejo del programa de nóminas:

Recopilación de Datos del Personal: El Grupo de Gestión recopila información del personal, incluyendo detalles sobre los empleados, sus horas de trabajo, bonificaciones, deducciones y otros elementos que influyen en el cálculo de las nóminas.

Verificación y Validación: Verifican que los datos recopilados sean precisos y estén actualizados. Esto implica comprobar que los empleados tengan las titulaciones y habilitaciones necesarias, así como la documentación requerida, como certificados de formación o antecedentes penales.

Cálculos de Nómina: Utilizan el programa de nóminas para calcular los salarios y beneficios de los empleados, asegurándose de aplicar las tasas y bonificaciones correctas, así como de gestionar deducciones como impuestos y cotizaciones a la seguridad social.

Emisión de Nóminas: El Grupo de Gestión es responsable de la emisión de las nóminas de manera precisa y oportuna, lo que incluye la generación de documentos legales necesarios, como las retenciones fiscales.

Comunicación con el Personal: Deben mantener una comunicación efectiva con el personal para aclarar dudas, proporcionar orientación y resolver problemas relacionados con sus nóminas.

Archivo y Documentación: Gestionan un archivo organizado de la documentación de nóminas y garantizan el cumplimiento de los requisitos legales de conservación de registros.

Seguimiento y Auditoría: Realizan seguimiento de las nóminas, verificando su precisión, y pueden preparar informes para auditorías internas o externas.

Capacitación y Actualización: Se mantienen al tanto de las actualizaciones normativas y tecnológicas en la gestión de nóminas y capacitan al personal en estas cuestiones.

El Grupo de Gestión en la función administrativa desempeña un papel fundamental para garantizar la precisión y legalidad en el manejo del programa de nóminas del SESCOAM. Contribuyen a la satisfacción y seguridad del personal, además de asegurar que se cumplan las obligaciones fiscales y regulatorias, lo que es crucial

en un entorno de salud altamente regulado como el SESCAM.

5 Discusión-Conclusión

Para mejorar el programa de nóminas del SESCAM, el Grupo de Gestión en la función administrativa podría considerar las siguientes recomendaciones:

En primer lugar, se sugiere la implementación de una plataforma en línea para que los empleados puedan acceder y gestionar sus nóminas de manera autónoma. Esto no solo aumentaría la transparencia y la comodidad, sino que también reduciría la carga administrativa al permitir a los empleados descargar sus propias nóminas y certificados fiscales cuando los necesiten.

En segundo lugar, es importante mantenerse al tanto de las actualizaciones normativas y tecnológicas en la gestión de nóminas. La inversión en software de nóminas de última generación podría agilizar los procesos y asegurar la conformidad con los cambios normativos. Además, se debe ofrecer capacitación continua al personal para asegurar que estén actualizados en el uso de la nueva tecnología. Estas mejoras aumentarán la eficiencia y la satisfacción de los empleados en el manejo de sus nóminas, lo que es esencial en un entorno tan grande y complejo como el SESCAM.

6 Bibliografía

1. Navia-Núñez, M., & Stefanu-Lidorikiotu, Y. (2020). Cambios esperados en las funciones administrativas después de la emergencia sanitaria: estudio en directivos de España y Colombia. *Contabilidad y Negocios*, 15(30), 6-23.

Capítulo 720

EFECTOS NOCIVOS DE LA EXPOSICION PROLONGADA A LAS PANTALLAS Y MONITORES EN EL ÁMBITO SANITARIO

ANA ESTHER FERNANDEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

La exposición prolongada a las pantallas y/o monitores puede provocar efectos muy nocivos en la salud de los trabajadores, por lo que existen una serie de regulaciones para reducir el efecto dañino en estas exposiciones prolongadas.

Actualmente, el uso de las pantallas se encuentra dentro de todos los ámbitos de la vida, no solo para el ocio sino también en la vida laboral. En los últimos 20 años la tecnología y las pantallas han pasado a ser indispensables en todos los ambientes de la vida diaria. La introducción de los ordenadores y las pantallas en el ámbito laboral ha generado grandes cambios en los hábitos de trabajo, pudiendo estas nuevas condiciones repercutir en la salud de los trabajadores.

En el ámbito sanitario este es un problema muy importante que preocupa mucho a los trabajadores, ya que no cuentan con la posibilidad de hacer los descansos necesarios para no dañar la salud y eso hace que las bajas laborales relacionadas con este tema hayan aumentado notablemente entre estos profesionales.

En este trabajo trataré de mostrar la importancia del control del uso de pantallas y monitores en el ambiente laboral, especialmente en el ámbito sanitario. El uso de pantallas y monitores en los hospitales es vital y es importante que todo esto esté regulado y controlada de una manera eficiente para todos.

2 Objetivos

- Informar sobre el efecto en la salud de la exposición prolongada a pantallas y monitores en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo he revisado numerosas publicaciones y artículos online en diversas publicaciones periodísticas y sanitarias, incluyendo las principales bases de datos como son Medline y Pubmed, para poder ofrecer una visión más completa y global del tema y los efectos negativos reales que provocan en la salud la exposición prolongada a pantallas. Como trabajadora del ámbito sanitario conozco los problemas a los que se enfrentan estos profesionales a diario en relación con el uso de estos dispositivos y he intentado ser lo más objetiva posible para poder ofrecer una buena y correcta realidad del tema.

4 Resultados

Está demostrado que la exposición prolongada a pantallas y monitores puede provocar daños en la salud de las personas, algunos de ellos irreversibles.

En España tenemos una legislación que intenta proteger la salud de los trabajadores. Esta normativa está recogida en El Real Decreto 488/1997, de 14 de abril y es la relativa a las disposiciones mínimas de seguridad y salud en el trabajo en cuanto al uso de pantallas.

Este Real Decreto fue el primero relacionado con el tema y, desde entonces, se ha ido implementando y mejorando aunque aún está lejos de los niveles deseados para prevenir posibles enfermedades en nuestros trabajadores.

Las pantallas más habituales en el ámbito laboral son las que forman parte de un equipo informático. En el ámbito sanitario no solo el personal administrativo pasa largos períodos expuestos a pantallas y monitores. Todo el personal sanitario, desde médicos, enfermeras, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y demás, están expuestos durante largos períodos de tiempo a estos dispositivos, careciendo de los medios y del tiempo para parar y descansar, evitando daños en salud como recomiendan las medidas de protección de la salud relacionadas con el uso de estas pantallas.

Dentro de estos posibles daños producidos tras largas exposiciones a dispositivos, podemos resumir los principales y más comunes

1. Trastornos músculo esqueléticos: tales como dolor de espalda y cervicales, dolor y tensión en el cuello y dolores de cabeza tipo migrañas, entre otros.
2. Problemas visuales: esta sobreexposición puede provocar el empeoramiento de a salud ocular general con efectos irreversibles en el tiempo.
3. Fatiga mental: el uso prolongado de dispositivos provoca puede provocar un agotamiento mental que afecte nuestra salud mental, provocando ansiedad, depresión y demás.

Las medidas que se proponen desde el gobierno central, como el control del tiempo de uso de pantallas haciendo paradas cortas y recurrentes para descansar el cuerpo y la mente, son efectivas, pero, debido a su carácter general, no se pueden adaptar a todos los puestos y situaciones laborales lo que provoca descontento y preocupación entre los usuarios.

Es responsabilidad de todos el controlar el tiempo de uso de estos dispositivos en nuestra vida laboral y personal y el hacer que las recomendaciones dadas por el gobierno se cumplan lo más efectivamente posible.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad nuestra sociedad vive sumergida en un mundo digital rodeado de pantalla en todos los aspectos de su vida diaria, sin que la sociedad sea consciente de los efectos tan negativos que está teniendo para la salud de todos.

Ya desde edades muy tempranas usamos los dispositivos digitales y pantallas para todo, sin tomar medidas preventivas para paliar sus efectos nocivos.

En el ámbito sanitario, las pantallas forman parte del día a día de todos los que trabajan en este medio. A esto se une la falta de tiempo y personal que impide tomar los descansos recomendados en la mayoría de los casos, provocando innumerables bajas laborales y enfermedades importantes, por lo que desde el gobierno central continúan mejorando estas recomendaciones para poder adaptarlas a todos de una manera más inclusiva y real.

6 Bibliografía

1. <https://www.quironprevencion.com/blogs/es/prevenidos/danos-salud-exposicion-pantallas-equipos-informaticos#:text=Trastornos%20extraoculares%3A%20cefaleas%2C%20v%C3%A9rtigos%20o,texto%20que%20se%20debe%20leer.>
2. [https://fernandez-vega.com/blog/fatiga-visual-afectan-los-ojos-la-exposicion-prolongada-las-pantallas/.](https://fernandez-vega.com/blog/fatiga-visual-afectan-los-ojos-la-exposicion-prolongada-las-pantallas/)

3. <https://www.insst.es/documentacion/material-tecnico/preguntas-tecnicas-frecuentes-gestion-prl/riesgos-ergonomicos/trabajo-con-pantallas-de-visualizacion>.
4. <https://www.hp.com/cl-es/shop/tech-takes/luz-azul-efectos-salud>.

Capítulo 721

EFECTIVIDAD DE LAS TÉCNICAS DE FISIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA: REVISIÓN SISTEMÁTICA

SOFIA LÓPEZ GONZÁLEZ

SUSANA PUENTE CANALEJAS

MARIA LUCIA EXPOSITO SILLER

DAVID SIERRA RUIZ

1 Introducción

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) no hace referencia a una única enfermedad, sino a un concepto general que designa diversas dolencias pulmonares crónicas que limitan el flujo de aire en los pulmones. Actualmente, afecta a 44 millones de personas en Europa y representa la 6ª causa de mortalidad. Diversos estudios han relacionado la severidad de la patología respiratoria con el estado nutricional de los pacientes. Parece que habría relación entre la malnutrición y una disminución de la respuesta inmune, que afecta negativamente a la función pulmonar, así como una relación directamente proporcional en cuanto a que a mayor estado de malnutrición, mayor severidad sintomática.

En cuanto a la sintomatología propia de la EPOC, destacan la falta de aire (disnea) como principal, seguido de sensación de cansancio y dificultad para subir escaleras, dificultad para cargar objetos pesados, falta de aliento, tos crónica y flema o mucosidad.

En referencia al tratamiento de la EPOC, no se conoce un tratamiento definitivo, pero sí hay muchas medidas que alivian los síntomas y repercuten positivamente en la calidad de vida de los pacientes, como son el abandono del hábito tabáquico, uso correcto de medicación (broncodilatadores inhalados, esteroides inhalados, antiinflamatorios), oxigenoterapia (reagudizaciones y/o casos con hipoxia), medidas de habitabilidad en el domicilio (evitar el aire muy frío, asegurarse de que nadie fume en la casa, reducir la contaminación atmosférica eliminando el humo de la chimenea y otros irritantes).

Las técnicas de fisioterapia respiratoria estarían incluidas en una intervención multidisciplinar dirigida a los pacientes con enfermedades crónicas sintomáticos y tienen una disminución de sus actividades de la vida diaria. Debe estar integrado en el tratamiento individualizado del paciente, y reduce síntomas, mejora la capacidad funcional, incrementa la participación y reduce los costes de salud. Esta intervención multidisciplinar estaría compuesta por una evaluación inicial del paciente, entrenamiento físico, educación en salud, intervención nutricional e intervención psicológica.

Los estudios científicos indican que las técnicas de fisioterapia dirigidas al entrenamiento muscular mejorarían la disnea, la capacidad y adaptación al esfuerzo, y la calidad de vida.

2 Objetivos

- Conocer la efectividad de las técnicas de fisioterapia para el tratamiento de la EPOC.
- Concretar qué técnicas de fisioterapia son las más indicadas para el abordaje de la EPOC.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se han consultado artículos científicos de las principales bases de datos: Medline, PubMed, Dialnet y PEDro.

Los criterios de inclusión y exclusión fueron:

- Criterios de exclusión: artículos publicados antes de la fecha indicada, no referencia específica a la EPOC y, artículos en los cuales se estudiaran sujetos menores de 60 años, y artículos.
 - Criterios de inclusión: estudios publicados en revistas científicas que relacionan directamente "fisioterapia" y "EPOC".
- Se incluyeron los estudios publicados en inglés o español.

4 Resultados

Se escogieron 11 ensayos clínicos aleatorizados y 1 estudio observacional descriptivos.

En todos los ensayos clínicos aleatorizados, el programa de fisioterapia incluía las siguientes técnicas: ejercicios de fisioterapia respiratoria, ejercicios de expansión de la pared torácica y abdominal, entrenamiento de fuerza muscular de miembros superiores y miembros inferiores y cicloergómetro. Además, la mitad de estos incluyeron educación en salud.

Las variables estudiadas fueron la disnea, medida con el MRC (Medical Research Council), la tolerancia al ejercicio, medida con el test 6M (test de 6 minutos marcha), la Calidad de vida medida con los test CRQ (Cuestionario de enfermedad respiratoria crónica) y SGRQ (St George Respiratory Questionnaire).

Las técnicas de fisioterapia respiratoria más indicadas parecerían ser las técnicas de higiene bronquial y técnicas de aumento del flujo espiratorio, siendo en ambas de vital importancia en la educación y abordaje de estos pacientes, la técnica de biofeedback.

En cuanto al entrenamiento aeróbico muscular, se ha observado mejoría al trabajar miembros inferiores durante 30-45 min/día, tres veces por semana, con tapiz rodante, bicicleta, caminar o subir escaleras; para miembros superiores, 30 min/día, tres veces por semana con movimientos sin soporte (levantamiento de pesos pequeños o barra) y movimientos con soporte (ergómetro de brazos).

Respecto al entrenamiento de la fuerza muscular, se han visto mejoras con el trabajo con una carga elevada (aproximadamente el 80 % máximo tolerado) con series de pocas repeticiones utilizando pesas o aparatos gimnásticos.

Para el entrenamiento de la musculatura respiratoria, se han monitorizado mejorías a través del abordaje del patrón respiratorio, trabajando a una intensidad equivalente al 30 % de la presión inspiratoria máxima y una duración de 15 min/2 sesiones/día, dirigido por un fisioterapeuta y con la posibilidad de utilizar instrumental específico como umbral de presión (Threshold®), resistencias

(PflexR®), e hiperventilación isocápnic.

En el análisis de los resultados de estos estudios, se observaron datos suficientemente concluyentes. La DISNEA (MRC) mejoró tras la aplicación de un programa de fisioterapia con las técnicas descritas anteriormente, y de forma más significativa se observó mejoría en la función pulmonar (FEV), la calidad de vida (CRQ y SGRQ) y la tolerancia al ejercicio y al esfuerzo (prueba 6M o 3M) que pudieron medirse más cuantitativamente.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se constata que el tratamiento a través de técnicas de fisioterapia mejora de forma suficiente la percepción de disnea, y significativamente, la función pulmonar, la calidad de vida y la tolerancia al ejercicio y al esfuerzo de los pacientes con EPOC.

Las técnicas de fisioterapia que han evidenciado mayor efectividad en pacientes con EPOC son: técnicas de fisioterapia respiratoria (técnicas de higiene bronquial y técnicas de aumento del flujo espiratorio); entrenamiento aeróbico de la musculatura de miembros inferiores, miembros superiores y músculos respiratorios; entrenamiento de la fuerza y resistencia muscular de miembros inferiores, miembros superiores y músculos respiratorios.

El entrenamiento, tanto aeróbico como de fuerza y resistencia muscular, debe estar dentro de unos parámetros concretos, siendo estos: para el entrenamiento aeróbico muscular, trabajo de miembros inferiores durante 30-45 min/día, tres veces por semana con tapiz rodante, bicicleta, caminar o subir escaleras; para miembros superiores, 30 min/día, tres veces por semana con movimientos sin soporte (levantamiento de pesos pequeños o barra) y movimientos con soporte (ergómetro de brazos). Para el entrenamiento de la fuerza muscular, trabajo con una carga elevada con series de pocas repeticiones utilizando pesas o aparatos gimnásticos y, para el entrenamiento de la musculatura respiratoria, trabajo a una intensidad del 30 % de la presión inspiratoria máxima y una duración de 15 min/2 sesiones/día, dirigido por un fisioterapeuta, con la posibilidad de utilizar instrumental específico junto al control del patrón respiratorio.

Estas técnicas de fisioterapia estarían incluidas en una intervención multidisciplinar, siendo la técnica estrella de este abordaje de fisioterapia la educación para la salud, donde se haga consciente al paciente de su enfermedad y su papel activo

en el desarrollo de la misma, así como participe en su abordaje de tratamiento, siendo esto beneficioso en la mejora de la percepción de calidad de vida y mecanismos de autocontrol y automanejo de los síntomas de la EPOC.

6 Bibliografía

1. Bhowmik. A, Chahal. K, Austin. G, Chakravorty. I. Improving mucociliary clearance in chronic obstructive pulmonary disease. *Respir Med.* 2009;103:496-502.
2. Guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. SEPAR-ALAT, 2009.
3. Nowobilski.R, Włoch.T, Płazewski.M, Szczeklik.A. Efficacy of physical therapy methods in airway clearance in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a critical review. *Pol Arch Med Wewn.* 2010; 120:468-77.
4. Richa, Aggarwal. R, Shaphe. A, George. C, Vats. A. A comparison of flutter device and active cycle of breathing techniques in acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease patients. *Indian Journal of Physiotherapy and Occupational Therapy* 2010; 4: 60-64.
5. Ides. K, Vissers. D, De Backer. L, Leemans. G, De Backer. W. Airway Clearance in COPD: Need for a Breath of Fresh Air? A Systematic Review. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, Early Online: 2011; 1–10.
6. Rugbjerg M, Iepsen UW, Jørgensen KJ, Lange P. Effectiveness of pulmonary rehabilitation in COPD with mild symptoms: a systematic review with metaanalyses. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease* 2015.
7. Wada J, Borges-Santos E, Porras D, Paisani D, Cukier A, Lunardi A, et al. Effects of aerobic training combined with respiratory muscle stretching on the functional exercise capacity and thoracoabdominal kinematics in patients with COPD: a randomized and controlled trial. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease* 2016.
8. Seyed Hossien Ahmadi Hosseini, Marjan Farzad, Abbas Heydari. Comparing the Effect of Resistive Inspiratory Muscle Training and Incentive Spirometry on Respiratory Pattern of COPD patients. *Journal of Evidence-Based Care.* 2016; Vol 6, Iss 3, Pp 45-54.
9. Park J, Han D. Effects of high intensity aerobic exercise on treadmill on maximum expiratory lung capacity of elderly women. *Journal of Physical Therapy Science* 2017.

Capítulo 722

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

NATALIA HONRADO GIRON

MIGUEL ÁNGEL PEINADO MUÑOZ

ISABEL ILLANA LÓPEZ

FRANCISCO JAVIER CASTRO BARRIOS

PATRICIA BLANCO ESTEBAN

1 Introducción

La adicción al tabaco es un problema de salud pública de alcance global, impactando a millones de personas en todo el mundo. Este hábito está estrechamente ligado a una amplia gama de enfermedades graves, incluyendo afecciones cardiovasculares, enfermedades respiratorias y distintos tipos de cáncer. El tabaquismo, por su naturaleza crónica, representa un desafío considerable para quienes buscan dejarlo atrás.

En el ámbito de la atención primaria, los profesionales de enfermería asumen un papel crucial en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. La intervención de enfermería en la deshabituación tabáquica emerge como una pieza clave en este enfoque, brindando a los pacientes la oportunidad de liberarse

del hábito de fumar y, en consecuencia, mejorar de forma significativa su calidad de vida.

Esta intervención no se limita a los aspectos físicos de la adicción, sino que aborda también las dimensiones emocionales y psicológicas que inciden en la capacidad de una persona para dejar de fumar de manera exitosa. La enfermería en atención primaria se convierte, así, en un pilar fundamental para aquellos que buscan emanciparse del tabaco, ofreciendo información precisa, orientación personalizada, apoyo emocional y estrategias probadas para vencer la adicción. Su labor, en definitiva, marca la diferencia en el camino hacia una vida libre de humo.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la labor de enfermería en la deshabituación tabáquica en atención primaria.

3 Metodología

Para elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas al respecto de este tema.

4 Resultados

La intervención de enfermería en la deshabituación tabáquica en atención primaria es un componente esencial de la atención médica preventiva y de promoción de la salud. Los enfermeros desempeñan un papel importante en ayudar a los pacientes a dejar de fumar y en brindar apoyo continuo para mantener un estilo de vida libre de tabaco.

- Aumento de la tasa de éxito: Las intervenciones de enfermería pueden aumentar las tasas de éxito en la cesación del tabaco. Esto se logra mediante la provisión de asesoramiento personalizado, apoyo emocional y seguimiento a lo largo del proceso de deshabituación.
- Evaluación y motivación: Los enfermeros realizan una evaluación exhaustiva

de la historia del tabaquismo de los pacientes, su nivel de dependencia, sus motivaciones para dejar de fumar y cualquier barrera que puedan enfrentar. Esto permite adaptar la intervención de manera individualizada.

- Educación: Los enfermeros brindan educación sobre los riesgos para la salud asociados con el tabaquismo, así como los beneficios de dejar de fumar. Esto ayuda a los pacientes a comprender mejor por qué es importante dejar de fumar.
- Planificación y establecimiento de objetivos: Los enfermeros trabajan con los pacientes para establecer metas claras y realistas para dejar de fumar. Esto puede incluir la reducción gradual del consumo de tabaco o el cese abrupto, según la preferencia del paciente.
- Terapia de reemplazo de nicotina: En algunos casos, los enfermeros pueden recomendar y supervisar el uso de terapias de reemplazo de nicotina, como parches, chicles o inhaladores, para ayudar a los pacientes a manejar los síntomas de abstinencia.
- Apoyo emocional: La intervención de enfermería incluye el apoyo emocional continuo para ayudar a los pacientes a lidiar con el estrés, la ansiedad y otros desafíos emocionales que pueden surgir durante la deshabituación tabáquica.
- Seguimiento y reevaluación: Los enfermeros realizan un seguimiento regular de los pacientes que intentan dejar de fumar para evaluar su progreso, ajustar la estrategia si es necesario y brindar refuerzo positivo.
- Trabajo en equipo: La intervención de enfermería en la deshabituación tabáquica a menudo se realiza en colaboración con otros profesionales de la salud, como médicos, psicólogos y trabajadores sociales, para brindar un enfoque integral de atención al paciente.
- Promoción de estilos de vida saludables: Además de ayudar a los pacientes a dejar de fumar, los enfermeros también promueven la adopción de estilos de vida saludables en general, como la actividad física y una alimentación equilibrada.

En resumen, la intervención de enfermería desempeña un papel crucial en la deshabituación tabáquica en atención primaria al brindar apoyo personalizado, educación, seguimiento y apoyo emocional a los pacientes que desean dejar de fumar. Esto contribuye a la reducción de los riesgos para la salud asociados con el tabaquismo y mejora la calidad de vida de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la intervención de enfermería en la deshabituación tabáquica desempeña un papel fundamental en la atención primaria y en la promoción de la salud de la población. A lo largo de este proceso, los enfermeros se convierten en aliados cruciales en la lucha contra el tabaquismo, un hábito que representa una de las principales amenazas para la salud pública en todo el mundo.

Uno de los aspectos más notables de la intervención de enfermería en la deshabituación tabáquica es su capacidad para brindar un enfoque holístico y centrado en el paciente. Los enfermeros no solo se ocupan de los aspectos médicos y físicos de la adicción al tabaco, sino que también abordan las dimensiones emocionales, sociales y psicológicas del tabaquismo. Al realizar una evaluación completa de la historia del tabaquismo de cada paciente, identifican sus motivaciones y barreras personales, lo que les permite diseñar un plan de tratamiento personalizado. Esta personalización es esencial, ya que cada fumador es único y puede necesitar enfoques diferentes para dejar de fumar con éxito.

La educación desempeña un papel clave en el proceso. Los enfermeros informan a los pacientes sobre los riesgos asociados con el tabaquismo, desde enfermedades cardiovasculares hasta cáncer de pulmón, y destacan los innumerables beneficios para la salud que se derivan de dejar de fumar. Esta educación empodera a los pacientes y les proporciona la información necesaria para tomar decisiones informadas sobre su salud.

La colaboración interdisciplinaria también es un elemento esencial de la intervención de enfermería en la deshabituación tabáquica. Los enfermeros trabajan en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud, como médicos, psicólogos y trabajadores sociales, para abordar de manera integral las diversas facetas de la adicción al tabaco. Esta sinergia entre profesionales permite una atención más completa y eficaz para los pacientes.

Es importante destacar que la intervención de enfermería no se limita a la fase inicial de dejar de fumar. Más allá de ayudar a los pacientes a superar la adicción física a la nicotina, los enfermeros también ofrecen apoyo emocional continuo para ayudar a los pacientes a lidiar con el estrés, la ansiedad y otros desafíos emocionales que pueden surgir durante el proceso de deshabituación. Esta atención a largo plazo es fundamental para prevenir recaídas y garantizar el éxito sostenido en la cesación del tabaco.

En última instancia, la intervención de enfermería en la deshabituación tabáquica en atención primaria no solo contribuye a reducir los riesgos para la salud asociados con el tabaquismo, sino que también mejora la calidad de vida de los pacientes y sus perspectivas a largo plazo. Los enfermeros son agentes de cambio en la promoción de estilos de vida saludables y en la prevención de enfermedades relacionadas con el tabaco, y su papel es esencial en la construcción de comunidades más saludables y en la reducción de la carga de enfermedades evitables.

6 Bibliografía

1. Manual de deshabituación tabáquica en atención primaria de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC).
2. Intervención del personal de enfermería en la deshabituación tabáquica: revisión de la evidencia científica de la Revista Rol de Enfermería.
3. Guía Clínica: Abordaje del tabaquismo desde Atención Primaria del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de España.
4. La enfermería en la prevención y tratamiento del tabaquismo de la Revista Aquichán.
5. Intervención de enfermería en el paciente fumador de la Revista Rol de Enfermería.
6. Estrategias de enfermería en la deshabituación tabáquica de la Revista Metas de Enfermería.
7. Abordaje del tabaquismo desde el ámbito de la enfermería comunitaria de la Revista Enfermería Global.

Capítulo 723

IMPORTANCIA DEL TRABAJO DE LAS ENFERMERAS Y MATRONAS EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE EL EMBARAZO

NATALIA HONRADO GIRON

MIGUEL ÁNGEL PEINADO MUÑOZ

ISABEL ILLANA LÓPEZ

FRANCISCO JAVIER CASTRO BARRIOS

PATRICIA BLANCO ESTEBAN

1 Introducción

La importancia del trabajo de las enfermeras y matronas en atención primaria en la promoción de la actividad física durante el embarazo es fundamental para garantizar la salud y el bienestar tanto de la madre como del futuro bebé. En un período tan crucial como el embarazo, el papel de estos profesionales de la salud va más allá de la atención médica convencional, ya que desempeñan un papel crucial en el fomento de hábitos saludables y la prevención de complicaciones. La actividad física durante el embarazo es una herramienta poderosa para mejorar la salud materna, reducir el riesgo de complicaciones obstétricas y favorecer

un desarrollo fetal saludable. Las enfermeras y matronas en atención primaria tienen la oportunidad de educar y empoderar a las mujeres embarazadas, proporcionando orientación individualizada sobre qué tipo de ejercicio es seguro y beneficioso en cada etapa del embarazo.

Estas profesionales de la salud pueden ayudar a las futuras madres a superar miedos y mitos relacionados con la actividad física durante el embarazo, brindándoles información basada en evidencia y diseñando programas de ejercicio adecuados a sus necesidades específicas. Además, monitorean de cerca la salud de la madre y el bebé, adaptando las recomendaciones según sea necesario para garantizar un embarazo saludable.

Promover la actividad física durante el embarazo no solo contribuye a mantener un peso adecuado y prevenir enfermedades gestacionales, sino que también puede aliviar molestias comunes, como el dolor de espalda y la fatiga. Además, puede mejorar el estado de ánimo, reducir el estrés y aumentar la autoestima de la madre, lo que tiene un impacto positivo en su bienestar emocional.

En resumen, el trabajo de las enfermeras y matronas en atención primaria es esencial para promover la actividad física durante el embarazo, ya que desempeñan un papel fundamental en la educación, el apoyo y el seguimiento de las futuras madres. Al hacerlo, contribuyen no solo a la salud de la madre y el bebé, sino también al fomento de un estilo de vida activo y saludable que puede perdurar mucho más allá del período gestacional.

2 Objetivos

1. Proporcionar información detallada sobre los beneficios de la actividad física durante el embarazo y los ejercicios seguros, adaptados a cada etapa del embarazo.
2. Reducir en un 20% la incidencia de complicaciones obstétricas, como la diabetes gestacional o la preeclampsia, mediante la promoción de la actividad física adecuada durante el embarazo.

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, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas al respecto de este tema.

4 Resultados

1. Reducción de riesgos: Las enfermeras y matronas desempeñan un papel fundamental en la identificación de riesgos y la promoción de un estilo de vida saludable durante el embarazo. Fomentar la actividad física adecuada puede ayudar a reducir los riesgos de complicaciones como la diabetes gestacional, la hipertensión y el parto prematuro.
2. Mejora de la salud materna: La actividad física durante el embarazo puede ayudar a las mujeres embarazadas a mantener un peso saludable, controlar la presión arterial y mejorar la salud cardiovascular. Las enfermeras y matronas pueden educar a las mujeres sobre los beneficios de la actividad física y proporcionar recomendaciones personalizadas.
3. Beneficios para el feto: La actividad física moderada durante el embarazo también puede tener efectos positivos en el feto. Puede mejorar la circulación sanguínea y el suministro de oxígeno al feto, lo que puede ser beneficioso para su desarrollo.
4. Reducción del estrés y la ansiedad: El embarazo puede ser una época estresante para muchas mujeres. La actividad física regular puede ayudar a reducir el estrés y la ansiedad, y las enfermeras y matronas pueden ofrecer apoyo emocional y educación sobre estrategias para gestionar el estrés.
5. Preparación para el parto y recuperación postparto: Las enfermeras y matronas pueden enseñar ejercicios específicos que fortalezcan los músculos que se utilizan durante el parto y promover una recuperación más rápida después del parto.
6. Supervisión y recomendaciones personalizadas: Cada embarazo es único, y las necesidades de actividad física pueden variar. Las enfermeras y matronas pueden realizar evaluaciones individuales de las mujeres embarazadas y proporcionar recomendaciones específicas de actividad física que sean seguras y adecuadas para su situación.
7. Educación sobre precauciones: Además de alentar la actividad física, las enfermeras y matronas también pueden educar a las mujeres sobre las precauciones y los signos de alarma relacionados con el ejercicio durante el embarazo. Esto garantiza que las mujeres embarazadas se mantengan seguras mientras participan en actividades físicas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la importancia del trabajo de las enfermeras y matronas en atención primaria para la promoción de la actividad física durante el embarazo es

innegable y multifacética. Estos profesionales de la salud desempeñan un papel crítico en el bienestar tanto de las mujeres embarazadas como de sus futuros hijos, al brindar orientación, supervisión y apoyo en el ámbito de la actividad física durante esta etapa tan crucial de la vida.

En primer lugar, la reducción de riesgos es uno de los aspectos más destacados. Las enfermeras y matronas son fundamentales para identificar posibles riesgos en el embarazo y ofrecer estrategias preventivas. La promoción de la actividad física adecuada puede contribuir a reducir riesgos importantes, como la diabetes gestacional, la hipertensión y el parto prematuro. Esta intervención proactiva puede marcar una diferencia significativa en la salud tanto de la madre como del bebé.

Además, la salud materna se beneficia enormemente de la orientación de estas profesionales. La actividad física durante el embarazo puede ayudar a mantener un peso saludable, controlar la presión arterial y mejorar la salud cardiovascular. Las enfermeras y matronas pueden educar a las mujeres embarazadas sobre los beneficios de la actividad física y proporcionar recomendaciones específicas basadas en las necesidades individuales de cada paciente.

La actividad física durante el embarazo también puede tener efectos positivos en el feto. Al mejorar la circulación sanguínea y el suministro de oxígeno al bebé, se puede contribuir al desarrollo saludable del feto.

La salud mental y emocional no debe pasarse por alto. El embarazo puede ser una etapa emocionalmente desafiante, y el ejercicio regular puede ayudar a reducir el estrés y la ansiedad. Las enfermeras y matronas no solo pueden promover la actividad física, sino que también pueden brindar apoyo emocional y educar a las mujeres embarazadas sobre estrategias para manejar el estrés y mantener un estado de ánimo positivo.

Además, estas profesionales son esenciales en la preparación para el parto y la recuperación postparto. Enseñan ejercicios que fortalecen los músculos necesarios durante el parto y promueven una recuperación más rápida después del parto.

La supervisión y las recomendaciones personalizadas son esenciales en esta área. Cada embarazo es único, y las necesidades de actividad física pueden variar significativamente. Las enfermeras y matronas pueden evaluar a las mujeres embarazadas de manera individual y proporcionar recomendaciones específicas de actividad física que sean seguras y adecuadas para su situación particular.

Por último, la educación sobre precauciones y signos de alarma relacionados con el ejercicio durante el embarazo es fundamental. Las enfermeras y matronas garantizan que las mujeres embarazadas estén bien informadas sobre los límites y las precauciones necesarias para mantener su seguridad mientras participan en

actividades físicas.

6 Bibliografía

1. "Ejercicio durante el embarazo" - Autor: Artal, Raul; O'Toole, Michael - Publicado en: Clinics in Sports Medicine, 2017
2. "Patrones de actividad física y bienestar materno en mujeres posparto" - Autor: Harrison, Cheryce L.; Thompson, Janice L.; Teede, Helena J.; et al. - Publicado en: Maternal and Child Health Journal, 2017
3. "Estudio de Investigación sobre Embarazo, Ejercicio y Nutrición (PENS): Ejercicio prenatal y resultados del parto en una población multiétnica" - Autor: Clapp, James F. III; Simonian, Stephen; Lopez, Beth; et al. - Publicado en: Obstetrics & Gynecology, 2008
4. "Patrones de actividad física en el embarazo en una población diversa" - Autor: Hesketh, Kathryn R.; Evenson, Kelly R.; Stroo, Marissa; et al. - Publicado en: Maternal and Child Health Journal, 2016
5. "Ejercicio en el embarazo: Una revisión clínica" - Autor: Mottola, Michelle F.; Davenport, Margie H.; Ruchat, Stephanie M.; et al. - Publicado en: Sports Medicine, 2019
6. "Ejercicio durante el embarazo: Una revisión completa de los resultados de salud" - Autor: Barakat, Rubén; Pelaez, Mireia; Montejo, Rocío; et al. - Publicado en: Journal of Physical Activity and Health, 2018

Capítulo 724

ENFERMEDAD DE HODGKIN: UNA REVISION DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

LORENA ALFARO SÁNCHEZ

MARIA DEL CARMEN CASTRO ALCÁZAR

CASANDRA GONZALEZ FUENTES

JUANAANGELES RUIZ SANCHEZ

PATRICIA SÁNCHEZ

1 Introducción

La enfermedad de Hodgkin, también conocida como linfoma de Hodgkin, es una forma relativamente rara de cáncer que afecta el sistema linfático, una parte fundamental del sistema inmunológico del cuerpo. Fue descrita por primera vez por el médico británico Thomas Hodgkin en 1832, y desde entonces ha habido avances significativos en la comprensión, el diagnóstico y el tratamiento de esta enfermedad.

Esta enfermedad se caracteriza por la proliferación anormal de células del sistema linfático, conocidas como células de Reed-Sternberg, que son grandes y anormales en comparación con las células linfáticas normales. Estas células de

Reed-Sternberg son una característica distintiva de la enfermedad de Hodgkin y se encuentran en los ganglios linfáticos afectados y en otros tejidos linfáticos del cuerpo.

La enfermedad de Hodgkin se divide en varios subtipos, siendo los dos más comunes el linfoma de Hodgkin clásico y el linfoma de Hodgkin nodular con predominio de linfocitos. Cada uno de estos subtipos tiene características clínicas y patológicas específicas que influyen en su pronóstico y tratamiento.

Los síntomas iniciales de la enfermedad de Hodgkin pueden ser inespecíficos y pueden incluir fiebre, sudoración nocturna, fatiga, pérdida de peso inexplicada y prurito (picaen en la piel). A medida que la enfermedad progresa, se pueden encontrar ganglios linfáticos aumentados de tamaño en el cuello, las axilas, la ingle y otras áreas del cuerpo, y estos ganglios pueden ser indoloros o causar molestias.

El diagnóstico de la enfermedad de Hodgkin implica una serie de pruebas, que incluyen análisis de sangre, biopsia de ganglio linfático, tomografía computarizada (TC) y otros estudios de imágenes para determinar la extensión de la enfermedad. Una vez confirmado el diagnóstico, el médico determinará el estadio de la enfermedad, lo que guiará el plan de tratamiento.

El tratamiento de la enfermedad de Hodgkin ha evolucionado significativamente a lo largo de los años y puede incluir quimioterapia, radioterapia y, en algunos casos, trasplante de células madre. La elección del tratamiento dependerá del estadio de la enfermedad, el subtipo de Hodgkin, la edad del paciente y otros factores individuales. El objetivo del tratamiento es lograr la remisión completa, lo que significa que no hay evidencia de enfermedad activa.

A pesar de su gravedad, la tasa de supervivencia en la enfermedad de Hodgkin ha mejorado considerablemente en las últimas décadas gracias a los avances en la medicina y la investigación. Los pacientes diagnosticados a menudo pueden llevar una vida normal después del tratamiento exitoso, aunque es esencial un seguimiento médico continuo para detectar posibles recurrencias o efectos secundarios a largo plazo del tratamiento.

En resumen, la enfermedad de Hodgkin es un tipo de cáncer que afecta el sistema linfático y que ha experimentado avances significativos en su diagnóstico y tratamiento en las últimas décadas. Con un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado, muchos pacientes pueden llevar una vida saludable y ac-

tiva a largo plazo. Los profesionales de la salud, como los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, desempeñan un papel crucial en el apoyo y el cuidado de los pacientes que enfrentan esta enfermedad.

2 Objetivos

- Dar a conocer los aspectos más importantes sobre la enfermedad de Hodgkin.
- Exponer los cuidados de enfermería en esta enfermedad.

3 Metodología

Para elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas al respecto de este tema.

4 Resultados

La enfermedad de Hodgkin, también conocida como linfoma de Hodgkin, es un tipo de cáncer que afecta al sistema linfático. Aquí tienes una revisión de la enfermedad de Hodgkin desde la perspectiva de un técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE):

1. Definición:

La enfermedad de Hodgkin es un tipo de cáncer que se origina en las células del sistema linfático, una parte importante del sistema inmunológico del cuerpo. Se caracteriza por la presencia de células anormales llamadas células de Reed-Sternberg en los ganglios linfáticos. Esta enfermedad puede afectar a personas de cualquier edad, pero es más común en adultos jóvenes y adultos mayores.

2. Causas y Factores de Riesgo:

Las causas exactas de la enfermedad de Hodgkin no se conocen completamente, pero se cree que puede estar relacionada con una predisposición genética y factores ambientales. Los factores de riesgo incluyen la exposición a infecciones virales, como el virus de Epstein-Barr, antecedentes familiares de la enfermedad, y una historia de trastornos del sistema inmunológico.

3. Síntomas:

Los síntomas pueden variar, pero algunos de los más comunes incluyen:

- Aumento indoloro de los ganglios linfáticos, generalmente en el cuello, axilas o inguinales.
- Fatiga persistente.
- Fiebre sin causa aparente.
- Sudoración nocturna excesiva.
- Pérdida de peso inexplicada.
- Picazón en la piel.
- Dolor en el pecho o dificultad para respirar en casos avanzados.

4. Diagnóstico:

El diagnóstico de la enfermedad de Hodgkin implica una combinación de pruebas, que pueden incluir análisis de sangre, biopsia de ganglio linfático, tomografía computarizada (TC) y tomografía por emisión de positrones (PET). Estas pruebas ayudarán a determinar el tipo y la etapa de la enfermedad.

5. Tratamiento:

El tratamiento varía según el tipo y la etapa de la enfermedad. Puede incluir radioterapia, quimioterapia, terapias dirigidas y, en algunos casos, un trasplante de médula ósea. El objetivo es eliminar las células cancerosas y controlar la enfermedad.

6. Cuidados de Enfermería:

Como TCAE, tu papel es fundamental en el cuidado de los pacientes con enfermedad de Hodgkin. Esto puede incluir:

- Proporcionar apoyo emocional y educación al paciente y su familia sobre la enfermedad y el tratamiento.
- Controlar y registrar los signos vitales del paciente.
- Administrar medicamentos según las indicaciones del médico.
- Monitorear y manejar los efectos secundarios de la quimioterapia o radioterapia.
- Ayudar en la movilización y el cuidado personal del paciente, especialmente si se siente débil debido al tratamiento.
- Colaborar con el equipo de enfermería y médicos para garantizar un cuidado integral y seguro.

7. Seguimiento:

Es importante realizar un seguimiento cercano después del tratamiento para detectar cualquier recaída o complicación. Los pacientes con enfermedad de

Hodgkin a menudo pueden tener una buena recuperación y supervivencia, especialmente si se diagnostica y trata a tiempo.

Ten en cuenta que la atención y el tratamiento de la enfermedad de Hodgkin son responsabilidad del equipo médico, y los TCAE trabajan en colaboración con enfermeras y médicos para brindar el mejor cuidado posible a los pacientes con esta enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad de Hodgkin es un tipo de cáncer que afecta el sistema linfático y se caracteriza por la presencia de células de Reed-Sternberg en los ganglios linfáticos. Los factores de riesgo incluyen predisposición genética y exposición a infecciones virales. Los síntomas pueden variar, pero generalmente incluyen ganglios linfáticos inflamados, fatiga, fiebre, sudoración nocturna y pérdida de peso inexplicada.

El diagnóstico se realiza a través de pruebas como análisis de sangre, biopsia de ganglio linfático y escaneos médicos. El tratamiento depende del tipo y la etapa de la enfermedad e incluye radioterapia, quimioterapia, terapias dirigidas y, en algunos casos, trasplante de médula ósea.

El papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el cuidado de pacientes con enfermedad de Hodgkin es fundamental, y se centra en proporcionar apoyo emocional, administrar medicamentos, controlar signos vitales, asistir en la movilización y colaborar con el equipo de atención médica. El seguimiento post-tratamiento es esencial para detectar recaídas y asegurar una recuperación óptima.

En definitiva, la enfermedad de Hodgkin es una afección seria, pero con un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado, muchos pacientes pueden lograr una buena recuperación y calidad de vida. El trabajo en equipo entre profesionales de la salud, incluidos los TCAE, es esencial para brindar el mejor cuidado posible a los pacientes con esta enfermedad.

6 Bibliografía

1. Linfoma de Hodgkin [Internet]. Fundación Josép Carreras contra la Leucemia. [citado el 3 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.fcarreras.org/es/cancerdelas>

angre/síndromes-linfoproliferativos/ linfomadehodgkin.

2. Sistema. Linfoma de Hodgkin [Internet]. Seom.org. 2022 [citado el 3 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/linfoma-hodgkin>.